

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE
LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE

— OPÉRATION DE PONCET —

ÉTUDE CRITIQUE BASÉE SUR 63 OBSERVATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE LAGOUTTE

Né le 11 Octobre 1867, à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire)

Ex-interne des Hôpitaux de Lyon

Prosecteur à la Faculté.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE
LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE

— OPÉRATION DE PONCET —

ÉTUDE CRITIQUE BASÉE SUR 63 OBSERVATIONS

THÈSE

PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Novembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

MAURICE LAGOUTTE

Né le 11 Octobre 1867, à Chalon-sur-Saône (Saône-et-Loire)

Ex-interne des Hôpitaux de Lyon

Prosecteur à la Faculté.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		X.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		X.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé,
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, Id.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON (Maurice), Assesseur; MM. JABOULAY et ROLLET, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

AVANT-PROPOS

En tête de ce travail, nous devons placer le nom de M. le professeur Poncet. En nous confiant pour sujet de notre thèse inaugurale une question à laquelle il a attaché son nom, notre maître ne pouvait nous donner une marque plus précieuse de sympathie. Nous sommes heureux de profiter de cette occasion pour le remercier de l'intérêt qu'il nous a témoigné au cours de nos études, surtout pendant les deux semestres d'internat que nous avons passés dans son service, et aussi du dévouement dont il a fait preuve pour les nôtres et pour lequel nous ne saurions trop lui témoigner notre reconnaissance.

Que nos autres maîtres dans les hôpitaux, MM. les

professeurs Lépine et Bondet, pendant notre externat.
MM. les professeurs Ollier, Fochier, Pollosson, et MM. les
D^{rs} Cordier et Garel, pendant notre internat, veuillent bien
recevoir aussi le témoignage de notre gratitude pour ce
qu'ils nous ont appris et pour l'accueil bienveillant que
nous avons trouvé près d'eux.

INTRODUCTION

Depuis que M. le professeur Poncet a attiré l'attention du monde chirurgical sur la cystostomie sus-pubienne, comme méthode de traitement des accidents d'origine prostatique, de nombreux travaux ont été publiés où la question est envisagée sous ses différentes faces. Les observations rapportées dans les journaux périodiques sont multiples. Les indications, le manuel opératoire ont été discutés à maintes reprises. Aussi ne nous proposons-nous pas dans ce mémoire de traiter la question d'une façon générale et à tous ses points de vue.

Nous voulons simplement, en nous basant sur un nombre de faits déjà considérable aujourd'hui, chercher à nous faire une idée de la valeur de cette opération, d'après les résultats qu'elle a donnés.

Près de 60 prostatiques ont été opérés à la Clinique

de M. le professeur Poncet. Plusieurs observations nous ont en outre été fournies par d'autres chirurgiens. Parmi ces faits plusieurs remontent à cinq ou six ans déjà (la première cystostomie de M. Poncet a été faite en 1888). La plupart de nos malades ont été suivis, de telle sorte qu'aujourd'hui il est possible de juger à distance des résultats obtenus.

Dans une pareille question on ne saurait parler de chiffres bruts et se prononcer en faveur ou contre l'opération, en comparant la somme des morts à celle des survies. La plupart du temps, les prostatiques opérés étaient dans un état grave, fatal à brève échéance. Beaucoup d'entre eux ont été cystostomisés *in extremis*, alors qu'on ne se faisait aucune espèce d'illusion sur le résultat final, et cela, uniquement pour leur donner la seule chance de salut qu'il pût leur rester. Chaque fait n'est instructif que s'il est possible de comparer l'état du patient avant et après l'intervention. Il s'agit là, en somme, d'une opération uniquement palliative, et les résultats ne peuvent être que relatifs. Pour certains malades en état d'empoisonnement urinaire grave, la survie, si courte soit-elle, la suppression même des douleurs est un succès, quel que soit le résultat définitif. Voici, au contraire, un homme jeune encore, atteint pour la première fois de rétention complète aiguë. Le cathétérisme est impossible ou très difficile pour une raison ou une autre (fausses routes antérieures, urétrorragies abondantes, douleurs extrêmes, etc.). La vessie est ouverte, les accidents se dissipent, mais

la fistule persiste et elle est incontinente. Assurément, les conditions nouvelles dans lesquelles le malade va vivre dorénavant le mettent dans un état d'infériorité sociale avec lequel il est nécessaire de compter dans une certaine mesure.

C'est pourquoi nous ne voulons pas nous borner à faire une simple statistique, n'ayant à nos yeux aucune valeur, mais bien interpréter chaque fait ou plutôt chaque groupe de faits analogues pour en tirer des conclusions valables.

La cystostomie ne saurait s'adresser naturellement qu'à des prostatiques déjà parvenus à une période avancée de leur affection, malades présentant des accidents graves pour lesquels les autres méthodes de traitement demeurent insuffisantes. Aussi nous paraît-il indispensable d'étudier dans un premier chapitre ces accidents du prostaticisme qui rendent les malades justiciables de l'intervention sanglante. Nous verrons qu'il est possible d'établir entre eux des catégories bien nettes, pour lesquelles les indications, bien que différentes, dictent pourtant la même conduite chirurgicale. Ces distinctions sont excessivement importantes au point de vue de la discussion des résultats qui ne sauraient être comparés dans un cas ou dans l'autre. Il faut, en effet, demander autre chose à la cystostomie chez un prostatique simplement atteint d'accidents de rétention aiguë, que chez un autre malade en état de septicémie urinaire.

Après avoir classifié, si nous pouvons ainsi parler, les sujets pour lesquels on peut avoir recours à la cystostomie sus-pubienne nous étudierons (chapitre II) les résultats obtenus au point de vue général (questions de survie, de mortalité, etc.) chez ces divers groupes de malades.

Puis, nous nous occuperons (chapitre III), de l'état fonctionnel des voies urinaires, surtout de la vessie, du méat hypogastrique, de l'ancien urètre chez les uns comme chez les autres.

Le chapitre IV sera réservé à certains points de manuel opératoire se rapportant plus directement à notre sujet. Nous voulons parler des différentes techniques qui ont été proposées pour rendre la fistule hypogastrique continente, dans les cas où les fonctions ne se rétablissent pas par les voies naturelles. C'est, on le comprend, un point capital, la situation du malade changeant du tout au tout quand il perd ses urines en totalité ou, au contraire, quand il est capable de les garder plus ou moins longtemps.

Enfin si le méat sus-pubien est incontinent, il est nécessaire d'obvier à l'infirmité qui en résulte pour rendre au patient la vie supportable. Aussi devons-nous dire quelques mots des appareils prothétiques proposés pour remédier à l'incontinence et permettre au sujet de repren-

dre sa vie ordinaire, ses occupations dans la mesure du possible.

Enfin (chapitre V), dans la dernière partie de ce travail, nous nous proposerons de discuter les résultats et d'en tirer des conclusions au point de vue de la valeur de l'opération et de ses indications dans tel ou tel cas.

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE
LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE
— OPÉRATION DE PONCET —
ÉTUDE CRITIQUE BASÉE SUR 63 OBSERVATIONS

CHAPITRE PREMIER

**Des accidents graves du prostatisme pouvant
légitimer la cystostomie sus-pubienne.**

Nous n'avons pas ici à faire une étude de la symptomatologie de l'affection prostatique. Aussi bien tous les malades sont-ils loin d'avoir pour nous le même intérêt. A la période prémonitoire, ils ne sont justifiables naturellement que d'un traitement hygiénique et prophylactique. A une période plus avancée, quand la vessie se vide avec difficulté, que la rétention incomplète existe déjà, mais qu'il n'existe aucun symptôme grave, et alors surtout que le passage de la sonde se fait sans peine, c'est encore au traitement médical, et au cathétérisme sagement conduit suivant les préceptes de M. le professeur Guyon, qu'auront recours tous les chirurgiens.

Au point de vue de notre sujet, nous intéressent seuls les prostatiques qui présentent des accidents graves mettant en jeu leur vie soit immédiatement, soit à brève échéance. Toutes les observations que nous rapportons plus loin ont trait à des faits de cet ordre. Seuls ont été opérés les malades considérés comme gravement atteints.

Quelles sont donc ces complications graves du prostatisme pouvant légitimer l'intervention sanglante? Dans un article récent ¹, notre maître M. le professeur Poncet les a indiquées en cherchant à préciser les indications de l'opération. D'après lui, il convient de diviser les prostatiques parvenus à la période des accidents en deux grandes catégories :

1° Ceux qui sont indemnes de toute manifestation d'empoisonnement urinaire, mais chez qui existe un obstacle plus ou moins insurmontable à la miction. Il s'agit de *prostatiques mécaniques*;

2° Ceux qui offrent des signes d'urinémie, de septicémie urinaire, ce sont des *empoisonnés urinaires* au sens le plus large du mot. Dans son mémoire, M. Poncet montre pourquoi à son avis, on doit avoir recours à la cystostomie chez les uns comme chez les autres.

Nous ne reviendrons pas pour le moment sur cette question des indications, nous contentant de garder les grands traits de cette classification pour étudier les résultats dans les diverses catégories de malades.

Essayons pourtant de préciser :

Nos cystostomisés, avons-nous dit, sont ou des prostatiques mécaniques ou des prostatiques empoisonnés. Voyons

¹ A. Poncet, *Gaz. hebdomadaire*, juin 1894.

d'abord les premiers, les rétentionnistes sans infection. Tous ne se présentent pas au chirurgien dans le même état. Le plus souvent, il s'agit d'accès de rétention complète aiguë. Tantôt c'est une première attaque, tantôt au contraire, le malade a déjà vu deux ou trois fois pareil accident se reproduire et céder, soit spontanément, soit à la suite d'une thérapeutique appropriée ou du cathétérisme. On connaît trop le complexe symptomatique chez de tels malades pour que nous y insistions. Depuis vingt-quatre ou trente-six heures, la miction est impossible, la vessie distendue remonte jusqu'à l'ombilic, les douleurs sont intolérables et le patient demande un soulagement immédiat. Mais fait capital, il n'y pas de fièvre, ni de signes d'intoxication urinaire, et les urines extraites par quelque moyen que ce soit sont claires et sans pus. Assurément devant semblable éventualité, la première pensée du médecin est de passer une sonde avec les précautions voulues, et le plus souvent l'accident est conjuré. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et en particulier pour les malades que nous voyons à l'hôpital. Le cathétérisme a été difficile, des tentatives répétées ont été faites. Souvent des fausses routes existent déjà et le malade arrive avec des urétrorragies se renouvelant à chaque nouvel essai de sondage. D'autres fois, on a bien pu passer une fois, deux fois, mais la rétention persiste et demande un cathétérisme journalier et régulier. Rien de plus facile quand le passage de la sonde s'effectue sans peine. Mais que de fois cette opération ne se fait-elle qu'au prix de tâtonnements répétés et de douleurs souvent intolérables pour le patient ?

Sans vouloir discuter pour le moment l'opportunité de

la cystostomie dans ces cas et la comparer avec d'autres méthodes les ponctions capillaires par exemple, contentons-nous de signaler cette première catégorie de malades non infectés chez qui on a pratiqué l'incision vésicale, *rétentionnistes aigus aseptiques*, en faisant bien remarquer du reste, que l'opération a été faite alors seulement que le cathétérisme était impossible, particulièrement difficile, dangereux (urétrorragies, fausses routes, etc.) ou encore simplement très douloureux et souvent répété.

A côté des rétentionnistes aigus, qui n'en sont encore qu'à leur premier, à leur second accès, nous devons placer une seconde catégorie de malades que nous pourrions désigner sous le nom de *rétentionnistes chroniques aseptiques*. Nous avons en vue ces vieillards qui ont franchi par degré et insidieusement les étapes du prostatisme au point d'en arriver presque sans s'en être aperçus jusque-là à la période de rétention avec distension vésicale. Quelquefois ils ne se présentent au chirurgien qu'au moment où ils ont de l'incontinence par régorgement. C'est le premier phénomène qui attire leur attention et qui les décide à venir demander des soins, seulement leur vessie est restée vierge jusque-là de toute tentative de cathétérisme. Par cette voie ou par une autre, l'infection n'a pas encore envahi les voies urinaires et l'urine que l'on peut retirer par la sonde est absolument claire. Ils n'ont pas encore de fièvre ni de symptômes généraux en particulier de troubles digestifs.

A vrai dire, il s'agit là d'une catégorie de malades extrêmement restreinte, ce dont on se rend compte facilement. Leur vessie est distendue, congestionnée, l'appareil urinaire tout entier est préparé pour ainsi dire à

l'évolution rapide des accidents infectieux. Ce sont des malades qui vivent, comme le dit M. le professeur Guyon, dans une sorte d'équilibre instable, vite troublé aussitôt que l'élément infectieux vient se surajouter à la rétention chronique — et cela d'autant plus que la plupart du temps la fonction rénale est déjà défectueuse. Les urines peuvent être aseptiques, mais la dépuration urinaire se fait déjà mal. Les malades ne sont pas encore des infectés proprement dits, mais ce sont déjà des empoisonnés, et s'il n'y a pas de fièvre on peut déjà constater le début des symptômes généraux, en particulier des troubles digestifs. Théoriquement, cette classe de malades devrait comprendre les prostatiques avec distension vésicale, mais sans infection et avec intégrité de la fonction rénale. En réalité, ces faits sont exceptionnels, et ce que l'on observe en clinique le plus souvent, ce sont des rétentionnistes chroniques avec des troubles généraux, imputables soit à un léger degré d'infection, soit à l'insuffisance rénale, sans qu'on puisse faire la part de l'une ou de l'autre de ces deux causes. C'est dire, en un mot, qu'il y a tous les degrés entre ces rétentionnistes chroniques aseptiques et les empoisonnés urinaires chroniques que nous retrouverons plus loin. Si nous leur assignons une place à part, c'est que la physionomie de leur affection change du tout au tout, du jour où l'infection vient se surajouter à la rétention. Jusqu'alors ils étaient simplement des intoxiqués partiels, suivant l'état fonctionnel de leur rein : ils deviennent de véritables infectés, atteints de septicémie urinaire. L'équilibre est rompu et l'échéance fatale est proche.

C'est précisément pour éviter les multiples chances de

contamination par un cathétérisme répété que M. Poncet cystostomise ces malades, quand bien même le passage de la sonde est encore facile.

Un mot maintenant sur une variété exceptionnelle de rétention aiguë. Dans une observation due à l'obligeance de M. le Dr Tussau, de Mâcon, nous voyons un prostatique n'ayant jamais eu d'accidents antérieurs pris brusquement d'un accès. La sonde passe facilement; mais rien ne s'écoule, sinon quelques caillots. On pense à une hématurie abondante. La vessie est ouverte et est trouvée entièrement remplie de caillots. Il s'agissait d'une véritable hématocele vésicale. Assurément ces faits d'hématurie spontanée abondante au début de la maladie sont exceptionnels. Généralement, c'est un accident qui s'observe à une période plus avancée, très souvent à l'occasion de cathétérismes et alors surtout que la vessie infectée a une muqueuse malade et prédisposée aux hémorragies. L'excellent résultat obtenu par la cystostomie dans le cas précédent nous oblige à signaler ces faits.

Le plus grand nombre de nos observations se rapporte à des prostatiques rentrant dans notre seconde catégorie. Ce sont à un degré plus ou moins avancé des empoisonnés urinaires.

M. Poncet, dans le mémoire cité plus haut, s'est bien expliqué sur ce qu'il fallait entendre par ce terme un peu vague. Il s'agit de malades atteints d'accidents graves, dus tant à l'infection proprement dite, à la septicémie urinaire, qu'à l'insuffisance fonctionnelle du rein. Chez tous, ce sont les symptômes généraux, fièvre, troubles digestifs, etc., qui dominent la scène. L'élément mécanique est passé au second plan.

Mais ces infectés ou plus exactement ces empoisonnés, se présentent à nous, sous des aspects cliniques différents. C'est ainsi que l'on peut décrire trois formes :

1° *Une forme suraiguë.* — Telle est, par exemple, celle qui fait l'objet de l'observation XLV. Le malade est pris d'un premier accès de rétention. On parvient à le sonder, mais à cause des difficultés, le médecin appelé laisse une sonde à demeure. Bientôt les accidents infectieux se déclarent et évoluent avec une rapidité foudroyante. La fièvre éclate intense avec des frissons. La température s'élève à 39, 40, 40°7. La dyspnée est extrême la langue absolument rôtie et le malade meurt malgré la cystostomie, au bout de deux jours, avec une température de 41°7.

Il s'agit là, en somme, d'une véritable septicémie urinaire suraiguë. Les phénomènes généraux : fièvre intense, agitations, délire, etc., dominent la scène. Localement, au contraire, il semble que les lésions n'aient pas le temps de se développer. Les urines sont louches, mais ne présentent pas cet aspect laiteux, cette odeur fétide, qu'on observe dans les formes chroniques. Il se passe là ce qu'on voit dans les autres septicémies chirurgicales, où les formes graves suraiguës évoluent sans déterminations locales, ou du moins avec des lésions qui ne paraissent pas en rapport avec les phénomènes généraux.

2° *Une forme aiguë.* — Comme la précédente, on l'observe surtout chez les malades restés jusque là indemnes d'accidents de cette nature. Très fréquemment, les symptômes débutent à la suite du premier accès de rétention et des cathétérismes pratiqués à cette occasion. La vessie non habituée à ces manœuvres semble alors par-

ticulièrement sensible et s'infecte à la moindre faute commise contre l'antisepsie. Mais c'est surtout chez les rétentionnistes chroniques à vessie distendue que ces phénomènes d'infection aiguë sont à redouter. Le terrain est tout préparé pour l'éclosion des accidents.

D'autres fois enfin, pour une raison ou pour une autre, les symptômes aigus viennent se greffer sur un état chronique existant depuis longtemps et accélérer l'évolution de l'affection.

Cette seconde forme répond, en somme, au second type de fièvre urineuse décrit par M. le professeur Guyon. On sait quels en sont les symptômes : état fébrile constant, oscillant entre 38 et 39°5, avec des exacerbations allant jusqu'à 40, 40°5, phénomènes généraux graves et surtout troubles digestifs, langue rouge et sèche. Quelquefois muguet, souvent vomissements et diarrhée.

Dans cette catégorie, se trouvent naturellement des faits disparates ; la gravité de l'empoisonnement urinaire étant fonction de plusieurs facteurs. Chez les uns, l'infection est limitée aux voies urinaires inférieures, fait rare, la cystite seule étant généralement incapable de retentir gravement sur l'état général. Chez d'autres, la cystite s'ajoute aux symptômes d'insuffisance rénale préexistants. Enfin bien souvent tous les éléments sont réunis, le rein déjà malade est envahi par les infections surajoutées parties des voies urinaires inférieures. Nous n'avons malheureusement pas de *criterium* absolu pour juger de l'étendue des lésions. Chez tous, le danger est imminent et la même indication existe d'assurer le libre écoulement des urines infectées.

3° *Forme chronique.* — C'est la plus fréquente chez

les anciens prostatiques. Souvent les malades se présentent avec des altérations de la santé générale : troubles digestifs, anorexie, diarrhée, amaigrissement, etc., et ces symptômes sont imputés à une tout autre cause, le patient ne s'étant jamais aperçu des modifications de ses fonctions urinaires. On pense à une dégénérescence profonde, un cancer de l'estomac, etc., alors que le chirurgien avisé trouve dans la vessie distendue et ne se vidant pas la cause de tous les accidents. Quelquefois les malades sont apyrétiques, mais le plus souvent il n'en est pas ainsi; généralement depuis longtemps ils se sondent journellement sans précaution. Leur vessie infectée s'est accoutumée progressivement et ne réagit plus. Ils semblent apyrétiques, mais on est tout étonné, comme le fait remarquer M. Guyon, de leur trouver constamment une température oscillant entre 38 degrés et 38°,5. Il est rare que chez ces vieux malades les lésions soient limitées à la vessie. Le plus souvent tout l'arbre urinaire est envahi. Mais là encore les éléments d'appréciation nous manquent. Pourtant on connaît la valeur du symptôme « polyurie trouble » au point de vue du diagnostic des lésions rénales.

En somme, et en tenant compte de tout ce qu'il y a nécessairement d'artificiel dans une pareille classification, nous croyons qu'il est possible de diviser ainsi les prostatiques au point de vue des accidents graves qu'ils peuvent présenter.

1° Prostatiques mécaniques :

- a) Rétentionnistes aigus aseptiques.
- b) — chroniques aseptiques
- c) — avec hématoécèle vésicale.

2° Prostatiques infectés ou empoisonnés :

a) Forme suraiguë.

b) — aiguë.

c) — chronique.

CHAPITRE II

Résultats généraux. Mortalité. Survie.

Les observations sur lesquelles nous basons notre travail et que nous rapportons plus loin en détail sont au nombre de 63. La plupart avons-nous dit ont trait à des malades opérés à la clinique de M. le professeur Poncet. Un certain nombre sont dues à l'obligeance d'autres chirurgiens lyonnais ou parisiens. Plusieurs de ces observations sont déjà relatées dans les thèses de MM. Bonan ¹ et Boutan ².

A notre point de vue ces 63 malades se répartissent ainsi :

21 ont été opérés pour des accidents de rétention sans infection urinaire. Pour n'être pas trop absolu et créer des limites nettes qui n'existent pas en clinique nous devons dire que chez eux c'est le symptôme rétention qui a commandé la cystostomie. Quelques-uns peut-être n'avaient-ils pas leurs urines absolument normales. Mais

¹ Bonan, thèse de Lyon, 1892.

² Boutan, thèse de Paris, 1893.

nous pouvons cependant pour la facilité de l'exposition les considérer comme aseptiques.

42 au contraire étaient en état d'empoisonnement urinaire plus ou moins grave. Le symptôme rétention passait pour ainsi dire au second plan. La cystite, la fièvre, les symptômes généraux, troubles digestifs en particulier dominaient la scène et indiquaient l'opération.

Voyons d'abord les résultats généraux (questions de mortalité, de survie, etc.). Plus loin, nous reviendrons sur l'état fonctionnel des organes urinaires, des malades qui ont survécu.

Les 21 opérés pour rétention sans infection se répartissent ainsi :

Douze en étaient à leur premier accès de rétention aiguë complète (obs. I, III, V, VI, XXV, XL, XLII, XLVIII, XLIX, LIV, LXII, LXIII).

Six avaient déjà eu plusieurs accès antérieurs, les troubles urinaires remontant à plusieurs années (obs. IV, XV, XXII, XXIII, LII, LVI).

Un autre a été cystostomisé pour rétention aiguë avec hémorragie vésicale abondante (obs. LVII).

Deux enfin ont été opérés, ayant une distension vésicale considérable avec incontinence par rengorgement (obs. XLI et L).

Pour les 18 premiers, on s'est résolu à l'intervention à cause de difficultés du cathétérisme (impossibilité absolue de passer, manœuvres trop pénibles déjà souvent répétées et douloureuses, urétrorragies, fausses-routes, etc.).

Dans l'observation LVII, M. le D^r Tussau a ouvert la vessie parce qu'il ne pouvait pas parvenir à évacuer les caillots avec la sonde.

Enfin M. Poncet a eu recours à la cystostomie dans les deux derniers cas, sans même tenter le cathétérisme et cela en raison de la susceptibilité à l'infection de ces vessies distendues chroniquement, mais encore aseptiques.

Le tableau suivant permet de se faire une idée de la gravité de l'acte opératoire et de la survie chez ces malades de diverses catégories.

	N° DE L'OBS.	DATE DE L'OPÉRATION	DATE DE LA MORT	DERNIÈRES NOUVELLES	SURVIE MINIMUM
	1	3 mai 1890.	»	enc. vivant	4 a. 4 m.
	3	6 juillet 1891.	nov. 1892	»	1 a. 1/2
	4	1 ^{er} mars 1892.	»	enc. vivant	2 a. 1/2
	5	6 sept. 1891.	»	16 oct. 1893	2 ans
	6	9 mai 1891.	»	enc. vivant	3 a. 4 m.
	15	19 avril 1892.	»	enc. vivant	2 a. 7 m.
	22	2 avril 1890.	»	perdu de vue ap. sa sortie de l'hôpital.	3 sem.
Rétention	23	23 janvier 1892	mars 1893.	»	10 m.
aiguë	25	7 juin 1890.	9 oct. 1890.	»	4 m.
	40	1 ^{er} juin 1893.	»	enc. vivant	1 a. 3 m.
	42	13 juin 1893.	»	enc. vivant	1 a. 3 m.
	48	28 déc. 1893.	janv. 1894	»	3 sem. env.
	49	5 janvier 1894	»	enc. vivant	8 m.
	52	6 mars 1894.	»	enc. vivant	6 m.
	54	28 avril 1894.	»	enc. vivant	8 m.
	56	8 février 1893.	»	12 mars 93	1 m.
	62	18 déc. 1892.	13 janv. 94	»	36 jours.
	63	8 août 1893.	»	29 avril 94	9 m.
Réten. aiguë av. hémor. vésicale.	57	28 avril 1892.	»	mai 1894	1 a. 1 m.
Rétention chronique	41	9 juin 1893,	»	enc. vivant	1 a. 3 m.
av. incont. par regorg.	50	20 janvier 1894.	»	enc. vivant	8 m.

Une première conclusion se dégage à un simple examen. La mortalité opératoire proprement dite est nulle. Pas un malade n'a succombé immédiatement après l'opération ou dans les deux ou trois premiers jours qui l'ont suivie.

Sur nos 21 sujets, 11 au moins sont actuellement encore vivants. Parmi eux il en est pour qui l'intervention remonte déjà à plus de quatre ans. La survie varie entre quatre ans et demi et cinq mois. La plupart jouissent d'une bonne santé générale.

Cinq autres opérés ont été suivis pendant un certain temps, puis perdus de vue. Les survies minimum ont été pour ces malades de deux ans (obs. V), un an et un mois (obs. LVII), neuf mois (obs. LXIII), un mois (obs. LVI) et trois semaines (obs. XXII). A leur sortie de l'hôpital, ou quand nous avons eu pour la dernière fois de leurs nouvelles, tous étaient en bon état et tout fait supposer qu'ils sont encore actuellement en bonne santé, ou que du moins ils ont eu une survie beaucoup plus longue que celle que nous indiquons.

Cinq de nos opérés sont morts. L'un (obs. III) au bout d'un an et demi a succombé à une pneumonie aiguë qui l'a emporté en quatre ou cinq jours. Dans l'intervalle son orifice hypogastrique s'était oblitéré et il avait subi une seconde cystostomie. Deux autres (obs. XXIII et XXV) ont survécu l'un dix mois, l'autre quatre mois. Ce dernier était un vieillard affaibli âgé de quatre-vingt-un ans.

Enfin les deux malades qui ont eu la survie la plus courte sont morts l'un au bout de trois semaines (obs. XLVIII, il a présenté pendant les derniers jours de son séjour à l'hôpital des accidents pulmonaires graves), l'autre au bout de trente-six jours (obs. LXII, malade du D^r Guil-

lemot, *Lyon médical*, novembre 1893. Nous n'avons pas de détails sur les circonstances qui ont précédé sa mort).

En somme, sur 21 prostatiques opérés pour des accidents de rétention complète aiguë ou chronique, mais sans infection grave, quatre seulement ont succombé moins d'un an après l'intervention, tous les autres ont eu survie plus longue, ou sont encore en bonne santé, les uns ayant vu les urines reprendre les voies naturelles; les autres continuant à uriner par l'orifice hypogastrique avec des différences au point de vue de la continence.

Remarquons que les deux opérés pour rétention chronique aseptique avec incontinence sont actuellement vivants et bien portants (obs. LXI et L).

Les résultats sont loin d'être aussi brillants chez notre seconde catégorie de malades « les infectés ». Rien d'étonnant du reste l'état avant l'opération ayant une gravité qui n'est pas comparable. Nous avons dit plus haut qu'il était possible de distinguer plusieurs formes : suraiguë, aiguë, chronique. Dans le tableau suivant nous nous sommes efforcés de rapprocher les uns des autres (autant que faire se pouvait) les cas dont nous possédons les observations, en partant de cette idée.

	N° DE L'OBS.	DATE DE L'OPÉRATION	DATE DE LA MORT	DATE DES DERNIÈRES NOUVELLES	SURVIE MINIMUM
Formes suraiguës	12	11 juin 1890	19 juin 1890	»	8 j.
	16	1 ^{er} mars 1889	8 mars 1889	»	1 j.
	36	11 mars 1893	23 mars 93	»	12 j.
	45	11 nov. 1893	14 nov. 93	»	3 j.
	2	23 déc. 1891	8 janv. 1894	»	2 ans
Formes aiguës	20	1 ^{er} juillet 1889	7 juil. 1889	»	7 j.
	21	23 sept. 1890	25 janv. 92	»	1 a. 4 m.
	30	26 mai 1892.	»	enc. vivant	2 a. 4 m.
	35	6 déc. 1893	4 janv. 1894	»	1 mois
	37	4 avril 1893	»	enc. vivant	1 a. 4 m.
	38	10 avril 1892	»	enc. vivant	2 a. 4 m.
	39	2 mai 1893	»	enc. vivant	1 a. 4 m.
	43	24 juin 1893	10 juil. 1893	»	15 j.
	46	10 nov. 1873	23 déc. 1893	»	43 j.
	58	24 nov. 1892	»	15 oct. 93	1 an
	59	25 oct. 1892	»	15 oct. 93	1 an
	60	7 oct. 1893	»	5 mai 94	1 mois
	61	15 août 1893	»	enc. vivant	1 an
	7	12 nov. 1889	août 1890	»	9 mois
	8	4 avril 1892	»	»	plus. mois
Formes chroniques	9	30 mai 1890	4 juin	»	5 jours
	10	17 déc. 1889	18 déc. 89	»	30 heures
	11	2 mars 1890	21 mai 1890	»	2 m. 1/2
	13	26 avril 1892	»	mars 94	2 ans
	14	10 mars 1892	»	enc. vivant	2 a. 1/2
	17	2 avril 1890	4 avril 1890	»	2 jours
	18	15 avril 1890	19 avril 90	»	4 jours
	19	24 janv. 1892	28 janv. 92	»	2 jours
	24	avril 1888	janv. 1890	»	1 a. 8 m.
	26	25 déc. 1890	»	sort. 5 j. ap.	15 jours
	27	»	»	sort. 3 s. ap.	3 semaines
	28	29 avril 1892	»	24 mai 1892	1 mois
	29	27 mai 1892	»	enc. vivant	2 a. 4 m.
	31	7 juin 1892	sept. 1892	»	3 mois
	32	2 nov. 1892	6 novt	»	3 jours
	33	25 non. 1892	3 déc. 1892	»	8 jours
	34	29 nov. 1892	sept. 1893	»	10 mois
	44	29 juillet 1893	4 août 1893	»	6 jours
	47	24 déc. 1892	22 janv 94	»	1 mois
	51	9 février 1894	»	enc. vivant	7 mois
	53	18 mars 1894	3 avril 94	»	14 mois
	55	18 mai 1893	»	12 juil. 94	14 mois

Un fait frappe immédiatement. La mortalité est beaucoup plus considérable, et surtout dans les premiers jours, alors qu'elle était nulle chez les malades non infectés. C'est ainsi que sur 42 opérés, 15 ont succombé dans les quinze premiers jours et quelques-uns le lendemain même ou le surlendemain de l'intervention.

Dans les formes suraiguës d'empoisonnement, dont l'observation XLV est un type des plus saisissants, il semble que le bénéfice de l'opération soit nul ou à peu près au point de vue vital tout au moins. Il s'agit alors de phénomènes septicémiques suraigus, contre lesquels l'ouverture vésicale est impuissante.

Ce sont les cas aigus qui donnent les résultats les plus satisfaisants. Sur 14 malades opérés dans ces conditions, nous trouvons 4 morts au bout de sept, quinze, trente, et quarante-trois jours. Les autres ont une survie variant de sept mois à deux ans et demi.

Les chroniques au contraire nous donnent les chiffres suivants : sur 24 opérés sept morts dans les huit premiers jours, et parmi les 17 autres, 10 survivent moins d'un an, 7 seulement sont encore en bonne santé au bout d'un an à deux ans et demi.

L'explication de ces faits est toute simple. Il suffit de lire les observations pour juger de la gravité de l'état de tous ces malades. Et naturellement ceux dont les voies urinaires sont infectées depuis longtemps, chez qui les reins sont envahis et ne fonctionnent plus, sont incapables de résister. Ce n'est pas une cystostomie, une voie large ouverte aux urines septiques qu'il leur faudrait, mais bien un nouvel appareil sécréteur pour remplacer le leur irrémédiablement compromis.

Mais arrive-t-on encore à temps, les résultats deviennent surprenants. C'est alors qu'on peut assister à de véritables résurrections. Il suffit de se reporter aux observations XXIV, XXIX, XXX, XXXVIII, LV, LXI, pour ne citer que les plus typiques, pour juger du résultat obtenu. Tel malade (obs. XXIV) est envoyé par son médecin « dans le coma et n'ayant plus que quelques heures à vivre », la vessie est ouverte et ce moribond peut survivre encore près de deux ans. Tel autre (obs. LV) condamné au cathétérisme, miné par des accès de fièvre se répétant à chaque tentative pour pénétrer dans la vessie, forcé de rester étendu sur une chaise longue avec une sonde à demeure plus ou moins bien supportée, recouvre une santé parfaite, peut reprendre le cours de ses occupations, sans jamais plus éprouver un seul frisson après la cystostomie.

Il s'agit évidemment là de malades qui n'ont dû leur salut qu'à l'intervention sanglante, toute autre méthode de traitement étant insuffisante pour pallier de pareils accidents. A ne regarder que les chiffres bruts de la statistique, naturellement très défavorable dans ces cas, on pourrait conclure à la non-valeur de l'opération. Si l'on interprète les faits, si l'on réfléchit à l'état particulièrement grave des patients, au peu de ressources des autres moyens thérapeutiques, les résultats obtenus paraissent encore plus brillants.

De tout ce chapitre nous tirons les conclusions suivantes :

La mortalité opératoire proprement dite de la cystostomie est nulle.

Les malades succombent toujours malgré l'intervention et non à cause d'elle.

Les survies les plus nombreuses et les plus longues s'observent chez les malades opérés pour rétention sans infection.

La mortalité post-opératoire est beaucoup plus grande chez les infectés. Les survies sont moins nombreuses et plus courtes.

Chez les malades en état d'empoisonnement suraigu, l'intervention est inefficace.

Dans les formes aiguës, les résultats au point de vue de la mortalité et de la survie sont meilleurs que dans les formes chroniques, qui sont les plus défavorables au point de vue de la statistique.

Les succès les plus incontestables de la cystostomie s'observent dans la catégorie des malades avec infection. Ces faits parlent moins par leur nombre que par leur importance individuelle.

CHAPITRE III

Résultats fonctionnels.

Jusqu'à présent, nous n'avons envisagé les résultats de la cystostomie qu'à un point de vue général. Nous avons dressé, pour ainsi dire, le bilan de l'opération. Il nous reste maintenant à étudier les conditions dans lesquelles se trouvent les malades qui survivent, et en particulier l'état fonctionnel de leurs organes urinaires. C'est là un point ayant une importance considérable; la grosse objection que l'on fait à la cystostomie étant de placer les malades dans un état d'infériorité sociale, de substituer à leur affection une infirmité dégoûtante. Nous ne voulons pas discuter pour le moment s'il n'est pas préférable de vivre avec une infirmité, quelle qu'elle soit, plutôt que de mourir. Nous nous bornerons simplement à laisser parler les faits. Sur nos 63 malades, 34 ont survécu plus de six mois, et parmi eux la plupart vivent encore. Nous ne nous occuperons que de ceux-là, l'opération remontant

à une date suffisamment éloignée pour qu'on puisse parler de résultats éloignés.

Quinze avaient été opérés pour des accidents de rétention sans infection grave (obs. I, III, IV, V, VI, XV, XXIII, XL, XLII, XLIX, LIV, LXIII, LVII, XLI, L) et dix-neuf avec des accidents d'empoisonnement urinaire (obs. II, XXI, XXX, XXXVII, XXXVIII, XXXIX, LI, LII, LVIII, LIX, LX, LXI, VII, XIII, XIV, XXIV, XXIX, XXXIV, LV).

Comme M. Poncet l'a déjà indiqué, les cystostomisés peuvent se diviser en plusieurs catégories, suivant que le méat abdominal s'est maintenu ou oblitéré, suivant aussi l'état de la continence du nouvel urètre.

A notre avis, il faut faire deux grandes parts parmi ces malades :

1° Ceux chez qui les fonctions se sont rétablies par les voies naturelles avec oblitération de l'orifice abdominal (cystostomie temporaire).

2° Ceux qui depuis l'opération ont continué à uriner par l'abdomen, le méat étant ou n'étant pas continent (cystostomie permanente).

Les premiers sont au nombre de 12, les seconds au nombre de 22.

En se reportant aux observations, on peut voir que l'oblitération spontanée est bien plus fréquente chez les malades opérés pour simple rétention avec difficultés du cathétérisme, que chez ceux qui sont infectés. Dans le premier cas, nous trouvons une proportion de 7 pour 15 (près de la moitié) et dans le second seulement 5 pour 19 (un peu plus du quart).

Ce résultat n'a pas lieu de nous étonner, les prostatiques

à leur premier accès ou à leur second étant dans les meilleures conditions pour reprendre leurs anciennes fonctions, une fois les accidents dissipés, et les phénomènes de congestion disparus sous l'influence du repos créé par la dérivation des urines.

Que sont devenus ces malades après l'oblitération de leur méat?

Sur les sept non infectés au moment de l'opération, cinq ont repris leurs fonctions normales par l'urètre. Jamais ils n'ont eu depuis de rétention. Leurs urines sont restées claires (obs. IV, XV, XL, XLI, LVII). Chez les deux autres, un nouvel accès a nécessité au bout de quelque temps une réouverture du méat abdominal qui, du reste, s'est refermé ou à peu près quelque temps après (obs. III, XLII).

Quant aux cinq infectés, à méat abdominal oblitéré secondairement, ils sont dans l'état suivant :

Trois se portent actuellement très bien. Leurs mictions se font normalement par la verge, la fièvre n'ayant jamais reparu. Tout au plus signalent-ils des mictions plus fréquentes et un peu pénibles comme les prostatiques en général (obs. XIV, XXX, LX.) Un autre (obs. XXXVII) est également en bonne santé, mais doit recourir de temps en temps à l'usage de la sonde.

Enfin un dernier (obs. XIII) est revenu à l'Hôtel-Dieu deux ans après. Son orifice abdominal s'était oblitéré après huit mois seulement et il avait été forcé depuis cette époque de recourir au cathétérisme. Au dire du patient, le passage de la sonde était plus facile qu'avant l'intervention. A nouveau, les phénomènes de cystite et d'empoisonnement urinaire ont reparu du jour où l'écoule-

ment ne s'est plus effectué d'une façon complète. Ce malade refusant une nouvelle cystostomie a quitté l'hôpital en assez mauvais état.

Tels sont les résultats fonctionnels chez les cystostomisés temporaires avec oblitération du méat hypogastrique. Nous devons ajouter quelques mots relativement à l'état de la fistule ou plutôt de la cicatrice. Deux ou trois fois il a persisté au niveau de l'ancien orifice une fistule très petite laissant suinter quelques gouttes d'urine quand la vessie est très pleine et à l'occasion des efforts violents. Chez les autres la cicatrice est plus ou moins large, froncée, généralement un peu saillante au-dessus des téguments.

Quand on a été obligé de recourir de nouveau à l'ouverture de la vessie, l'opération s'est toujours faite avec la plus grande facilité. L'oblitération de la fistule porte en effet surtout sur les parties superficielles, si bien qu'à un nouvel accès de rétention, on pouvait voir les téguments amincis soulevés au niveau de la cicatrice en formant une sorte de poche sous-cutanée remplie d'urine. Il suffisait d'un coup de pointe de bistouri pour rouvrir la fistule dans laquelle on pénétrait alors facilement avec une sonde canelée.

Une autre question se pose encore à propos de ces opérés. On peut se demander en effet si la fixation de la vessie à la paroi n'est pas une cause de douleurs, à cause des tiraillements qui en résultent. Nos malades interrogés à ce sujet ne nous ont jamais rien signalé. La seule particularité que nous ayons observée aussi bien chez les cystostomisés avec oblitération que chez ceux qui ont gardé leur fistule abdominale, c'est l'existence d'une éventra-

tion plus ou moins étendue. Le malade de l'observation IV, qui se porte du reste admirablement, a ainsi une hernie qui le force à porter une ceinture. Il ne souffre aucunement de cette légère infirmité. D'ailleurs, il s'agit là d'un fait plutôt rare, et qu'on peut prévenir en prenant quelques précautions pendant la pratique de l'opération.

Passons maintenant aux cystostomisés ayant continué depuis l'opération à voir leurs urines sortir par l'orifice abdominal. Ils sont au nombre de 22 ayant survécu ou ayant été suivis au moins pendant six mois.

Presque tous ces 22 opérés ont été vus par nous. Il en est pourtant deux ou trois sur lesquels on nous a fourni des renseignements incomplets au point de vue des fonctions urinaires (obs. XXI, XXIII, XXXIX). Nous considérons ces malades comme ayant une incontinence complète, c'est-à-dire le plus mauvais résultat que l'on puisse obtenir.

En effet, nous pouvons faire trois parts de ces cystostomisés :

1° Ceux qui ont un méat continent et peuvent uriner à volonté par leur fistule ;

2° Ceux qui ont une incontinence partielle ;

3° Ceux qui ont une incontinence totale.

Les premiers sont au nombre de . . . 7

Les seconds — — . . . 3

Les troisièmes — — . . . 12

TOTAL 22

1° *Cystostomisés avec urètre contre nature continent.*

Les sept malades qui avec des survies d'au moins six mois sont arrivés à garder complètement leurs urines ont

été opérés, trois à la suite d'accidents de rétention sans infection (obs. VI, XLIX, LXIII) et quatre autres en état d'infection urinaire grave (obs. II, XXXVIII, LII, LXI).

Les premiers ont continué depuis à uriner régulièrement par leur fistule sans jamais prendre de fièvre ou d'accidents de nature infectieuse. Ils vivent du reste tous au bout de trois ans et demi, huit et neuf mois.

Quant aux autres, qui étaient en un état très grave à l'époque de l'intervention, avec amaigrissement, cachexie, fièvre intense, etc., en un mot septicémie urinaire, ils ont tous recouvré la santé et se sont transformés à la suite de l'opération. Deux survivent encore (obs. XXXVIII et LXVI) au bout de deux ans et demi et un an. Le troisième est M. Diday, qui, comme on le sait, succomba deux ans après sa cystostomie à une lésion néoplasique de la plèvre.

La fonction urinaire ne se fait pas de la même façon chez nos 7 malades. L'un d'eux (obs. XLIX) urine en partie par la verge. Il est forcé de dilater sa fistule pour empêcher sa fermeture, craignant la reproduction des accidents. Mais pas une goutte d'urine ne suinte par l'orifice dans l'intervalle des mictions.

Chez deux autres (M. Diday et le malade de l'observation LXIII, due au D^r Guillemot), la continence est également parfaite. Mais les urines passent entièrement par le méat abdominal. Les malades sentent le besoin d'uriner qui se reproduit toutes les trois ou quatre heures. M. Diday avait alors recours à une petite sonde qu'il introduisait par le canal artificiel, avec la plus grande facilité du reste. Le vieillard de l'observation LXIII, peut uriner sans sonde par son méat, mais il est forcé de faire

des efforts, et souffre. Aussi préfère-t-il recourir également au cathétérisme de la fistule, qu'il ne peut pourtant pas pratiquer lui-même à cause de son obésité. Sa femme lui rend habituellement ce service.

Enfin nos 4 derniers cystostomisés (obs. VI, XXXVIII, LII et LXI) gardent également toutes leurs urines, éprouvent des besoins, mais n'ont recours à un aucun instrument. Le liquide s'écoule par la fistule à volonté. Seulement, tandis que le malade de l'observation XXXVIII est forcé de se baisser pour recueillir l'urine qui s'écoule en bavant le long du pubis et de la verge et ne pas mouiller ses vêtements, ceux qui font l'objet des observations LII et LXI peuvent uriner droits, le jet étant projeté à distance en avant avec une grande force.

2^e Cystostomisés avec incontinence partielle (obs. XXIX, LVIII, LV).

Ce sont les cas les plus rares. Généralement leur situation n'est que transitoire. Ils gardent la plus grande partie de leurs urines, mais par moment il s'en écoule plus ou moins à l'occasion de certains mouvements ou de certaines positions.

L'observation LV en est le plus bel exemple. Le malade conserve complètement ses urines pendant la nuit quand il occupe la position horizontale. Ses draps ne sont pas mouillés. Deux ou trois fois il éprouve le besoin d'uriner, est forcé de se lever. Le liquide sort alors projeté en jet.

Pendant le jour au contraire, l'incontinence est complète. Les urines s'écoulent sans que le patient s'en aperçoive dans l'appareil qu'il porte constamment.

3^e Cystostomisés avec incontinence complète.

Ce sont malheureusement les plus nombreux. L'urine

sainte constamment au niveau de l'orifice. Naturellement ils sont soumis à tous les inconvénients d'une infirmité à laquelle on peut remédier du reste au moyen d'appareils appropriés. Nous reviendrons plus loin sur ce point de la question qui a certainement une grande importance.

Tel est l'état fonctionnel de la miction chez nos cystostomisés survivant au bout de six mois.

Pourquoi de si grandes différences dans les résultats ? Il y a là deux questions à envisager :

1° Pourquoi l'orifice abdominal se maintient-il dans certains cas et se ferme-t-il dans d'autres ?

2° Quelles sont les raisons pour lesquelles l'urètre est continent ou incontinent ?

D'après les résultats énoncés plus haut, on peut voir que l'oblitération du méat est beaucoup moins rare qu'on ne le croirait à un premier examen.

Dans la thèse de Bonan, nous ne trouvons signalés que deux cas de fermeture du méat hypogastrique. En fait c'est une solution beaucoup plus commune, puisque, sur 34 malades observés à distance, nous en avons 12 qui ont récupéré leurs fonctions urétrales.

Le maintien de la fistule abdominale tient à deux causes :

1° L'obstacle prostatique qui obstrue plus ou moins les voies naturelles. L'urine accumulée dans la vessie avec une certaine pression passe là où la voie est la plus facile. La prostate est-elle volumineuse, créant une barrière presque infranchissable, la fistule se maintient et indéfiniment. Si au contraire, les phénomènes de rétention sont dus à une augmentation momentanée de volume de la glande, la voie urétrale redevient possible et la fistule par où le liquide ne tend plus à passer s'oblitére à la longue. Rien

d'étonnant alors que nous observions aussi souvent la fermeture du méat et le rétablissement des fonctions chez nos malades non infectés opérés pour un premier ou un second accès de rétention, qui, en somme, en sont encore au début de leur affection prostatique.

2° L'état anatomique de la fistule dont le rôle a une grande importance. Théoriquement, si la réunion de la muqueuse vésicale à la peau était parfaite sur tout le pourtour du méat, l'oblitération serait impossible. En fait, les choses ne se passent pas ainsi. D'abord, chez tous les malades infectés, cette réunion ne se fait pas. La suture n'a d'autre effet que de donner de la sécurité au point de vue de l'infiltration urinaire. Mais l'union de la muqueuse et de la peau ne se fait jamais, la ligne de suture et les fils étant constamment au contact d'urines chargées de pus.

Quand il n'y a pas d'infection, les conditions sont meilleures. Mais il suffit d'avoir fait une seule fois une cystostomie pour voir avec quelle difficulté on amène l'affrontement exact de la muqueuse et de la peau, surtout à la partie inférieure, quand on prend soin d'inciser la vessie, comme le recommande M. Poncet, aussi près que possible du col. Aussi n'obtient-on le plus souvent qu'une réunion approximative, à moins de conditions tout à fait favorables créées par la minceur de la paroi abdominale, son peu de tension, etc. Quand le méat hypogastrique est permanent et qu'on trouve un revêtement muqueux continu, en continuation avec la peau du pourtour de l'orifice (c'est ce qui a été observé à l'autopsie de M. Diday), la constitution du nouvel urètre tient bien moins à la réunion exacte de la muqueuse et de la peau par le fait de la

suture qu'à un travail lent de cicatrisation qui a amené peu à peu la réunion des revêtements cutanés et muqueux.

C'est dire que la véritable cause du maintien de la fistule abdominale c'est surtout l'obstacle prostatique. L'urine passe par cet orifice parce qu'elle ne peut pas trouver sa voie naturelle. D'où nous tirons cette conclusion que l'urètre contre nature persiste et se constitue d'une manière de plus en plus parfaite précisément chez les malades qui en ont le plus besoin. Dans le cas contraire, malgré les précautions opératoires, la voie artificielle cède la place à l'ancien urètre et les urines reprennent leur cours habituel.

Quant à la question de la continence des urètres abdominaux permanents, elle est beaucoup plus complexe,

Bonan, dans sa thèse (p. 80), semble attacher à ce point de vue une certaine influence à la forme du méat. Il distingue :

1° Le méat à fleur de peau dans lequel l'orifice est au même niveau que les téguments voisins, ou bien fait au-dessus d'eux une légère saillie ;

2° Le méat ombilical ou en entonnoir dans lequel la peau est inversée et plonge du côté du ventre ;

3° Le méat à forme intermédiaire dans lesquels l'orifice est plus large et où parfois la muqueuse peut faire hernie.

Nous avons observé beaucoup de cystostomisés et pour nous, rien dans la forme du méat n'est en rapport avec la fonction. Chez M. Diday qui avait un urètre hypogastrique continent, l'orifice était à fleur de peau à peine visible. Au contraire le malade de l'observation XXXVIII qui conserve également toutes ses urines a un méat infundibuliforme situé sur une saillie formée par les viscères à

travers une éventration. Le malade de l'observation LXI a tout autour de son orifice hypogastrique des bourgeons charnus qui le masquent en partie. Comme les précédents il ne perd pas une goutte d'urine en dehors des mictions. Par conséquent la forme apparente de l'orifice n'influe en rien sur la fonction. Tout au plus peut-on admettre que le méat est plus large, moins resserré chez les malades qui perdent constamment leurs urines.

La longueur et la direction du trajet fistuleux ont-elles un rôle plus important ? Ce sont là des conditions qui vont habituellement ensemble. M. Poncet a recommandé d'inciser la vessie aussi près que possible du col, de façon à créer un trajet oblique ayant une plus grande longueur. Dans toutes nos observations on s'est conformé à cette règle opératoire autant que faire se pouvait. *A priori* il est certain que l'urine filtre d'autant moins facilement que le trajet fistuleux est plus long, et en fait on a trouvé à l'autopsie de M. Diday un urètre artificiel long de 25 à 30 millimètres. De même le malade de l'observation LXIII a un néo-canal long de 40 à 45 millimètres. L'opéré de M. Hartmann (obs. LV) qui a une continence partielle à un trajet de 20 millimètres. Mais à côté de ces faits positifs nous voyons M. B... (obs. I) avoir de l'incontinence et pourtant, nous dit M. le Dr Lefèvre, son trajet fistuleux s'est très allongé, est devenu sinueux, et il faut toute l'habitude qu'en a acquise lentement le patient pour y faire pénétrer les divers obturateurs avec lesquels il essaye de combattre son infirmité. Ce n'est donc pas encore là la véritable et surtout l'unique raison de la continence du méat.

Faut-il la chercher dans la constitution anatomique du

canal ? Celui-ci est formé par une paroi muqueuse entourée par un anneau de tissu cicatriciel. C'est du moins ce que l'on a observé différentes fois, en particulier à l'autopsie de M. Diday. M. Boutan dans sa thèse rapporte une observation fort intéressante avec nécropsie. Le conduit artificiel qui reliait la vessie à la peau était constitué uniquement par la muqueuse. La musculuse semblait s'être rétractée et avoir formé à la naissance du nouvel urètre dans la vessie une sorte d'anneau musculaire qui aurait pu jouer, pense l'auteur, le rôle de sphincter lisse, tandis que superficiellement les deux muscles droits de l'abdomen auraient formé un second sphincter strié. Malheureusement le malade est mort au bout de cinq jours et l'observation ne prouve rien. Nous verrons du reste plus loin que M. Curtillet, chef de clinique, a pratiqué dans le service de M. Poncet plusieurs cystotomies idéales d'après le procédé de M. Wassilief, c'est-à-dire en décollant la musculuse de la muqueuse, et en ne suturant que cette dernière à la peau, de façon à réaliser le dispositif observé précédemment. Ces essais ne sont pas davantage concluants.

Si l'élément musculaire qui entre ou peut entrer dans la constitution de la paroi ne paraît jouer qu'un rôle bien secondaire, il n'en est pas de même du tissu fibreux qui entoure tout ou partie du canal. On l'a constaté très nettement chez M. Diday. Le D^r Guillemot (obs. LXIII) dit que sur son malade on sent à l'orifice cutané une sorte d'anneau fibreux élastique qui offre une résistance quand on veut introduire un explorateur. Dans le reste du trajet en particulier à l'orifice vésical on ne trouve rien qui ressemble à un sphincter. Nous avons fait la même remarque chez d'autres malades. Le point le plus étroit semble

être à l'orifice ou près de l'orifice cutané du canal. Une fois l'obstacle vaincu, la sonde pénètre facilement.

Aussi croyons-nous que le tissu de cicatrice qui se forme tout autour du trajet fistuleux et en particulier au niveau de l'union de la peau et de la muqueuse constitue un anneau qui, jusqu'à un certain point, s'oppose à l'expulsion de l'urine.

On peut penser enfin que les muscles droits qui forment deux sortes de sangles tendues au-devant de l'abdomen concourent à la fermeture du méat abdominal. Il est impossible de nier leur rôle, mais il est secondaire. Nous n'en voulons pour preuve que les observations IV et XXXVIII. La fistule du premier malade est oblitérée, mais avant sa fermeture complète elle est restée longtemps continente. Quant au second, il ne perd pas ses urines depuis plus de deux ans. Et pourtant l'un et l'autre ont une éventration assez considérable au niveau de la cicatrice et du méat hypogastrique. Les muscles droits ne sauraient donc contribuer dans ces cas à la continence des urètres contre nature.

Enfin, l'état anatomique et physiologique du néo-canal n'est pas tout dans le problème. Il est évident qu'il faut tenir compte de la vessie. Celle-ci subit, en effet, du fait de la cystostomie des modifications importantes. Plusieurs fois nous avons pu constater par la vue ou le toucher des muqueuses vésicales des malades opérés depuis longtemps. Tel est par exemple le cas du vieillard de l'observation XXIX. Au moment de l'intervention, la vessie était remplie de pus, de détritits, c'était, dit M. Poncet « un véritable égout ». Plus tard, on dut recourir à une réouverture ou plutôt à un élargissement du méat sus-pubien pour ex-

plorer la vessie où l'on pensait devoir trouver des calculs, ce qui eut lieu en effet. Au lieu d'une surface fongueuse saignant au moindre contact comme précédemment on sentit une muqueuse bien saine, une vessie de jeune homme, pour employer l'expression de M. Poncet. Ce sont là des modifications dont rendent parfaitement compte la mise au repos de l'organe, le libre écoulement donné aux produits septiques. Seulement, précisément par le fait de la disparition de tout obstacle à l'émission de l'urine, la capacité du réservoir vésical diminue de plus en plus. Toutes les fois que nous avons pu observer à l'autopsie une vessie de cystostomisé, nous l'avons trouvée petite, rétractée derrière le pubis, et plus l'incontinence est complète, plus l'organe tend à se supprimer en tant que réservoir pour ne devenir qu'un simple canal. Tel malade (obs. I) qui, au début pouvait garder plusieurs heures ses urines a, au bout de plusieurs années une vessie intolérante qui demande à se vider dès qu'elle renferme 100 grammes de liquide et même moins.

Mais la tolérance vésicale est fonction du jeu du nouvel urètre, c'est parce que celui-ci ne retient plus l'urine que la capacité en réservoir diminue de plus en plus. Cet état devient permanent et est une nouvelle cause d'incontinence qui s'ajoute à toutes les autres.

En résumé, la continence de l'urètre contre nature, nous semble dépendre de plusieurs facteurs échappant, du reste, plus ou moins à l'action du chirurgien. Longueur et direction du canal, tension des muscles droits anneau cicatriciel rétractile autour du trajet et en particulier au point d'union de la muqueuse et de la peau, état de la capacité vésicale, tels sont les éléments qui ont

chacun une part variable suivant les cas, dans la production du phénomène.

Nous en aurons fini avec l'état de la fonction urinaire de nos anciens opérés, quand nous aurons parlé de quelques complications que nous avons observées.

Chemin faisant, nous avons déjà signalé l'éventration post opératoire. Deux fois au moins (obs. IV et XXXVIII), cette complication s'est produite, une des fistules est actuellement oblitérée, l'autre a persisté et est continente. Nous avons déjà dit que les deux malades ne souffraient aucunement du fait de la hernie assez volumineuse qu'ils portent au niveau de la ligne blanche. C'est en somme une complication sans importance, qu'il est du reste facile d'éviter en prenant pendant l'opération quelques précautions que nous indiquerons plus loin.

On a accusé la cystostomie d'ouvrir une voie facile à l'infection vésicale. Au dire de certains auteurs, la cystite et à sa suite la pyélo-néphrite seraient fatales au bout d'un certain temps. Assurément, la brièveté du néo-canal est peut être une cause d'introduction plus facile des germes, mais le terrain n'est pas propice à l'évolution de la lésion, une fois supprimées les causes de rétention. N'est-ce pas dans une certaine mesure, le peu de longueur de l'urètre de la femme qui explique la rareté plus grande chez elle de la cystite ?

En fait, voici ce que nous a appris à ce sujet, l'observation de nos malades :

Ceux qui sont opérés pour des accidents mécaniques sans infection conservent à la suite leurs urines claires et sans pus. Assurément, nous ne voulons pas nier la possibilité d'une telle complication. En particulier, les

patients à méat hypogastrique continent, mais qui sont forcés de se sonder par le nouvel urètre, peuvent parfaitement infecter leur vessie par cette voie. Mais il s'agit alors de cystites bénignes relativement, l'absence de rétention empêchant la propagation au rein. En outre, l'organe est sous la main et peut être lavé, désinfecté avec la plus grande facilité.

Quant aux malades à vessie infectée au moment de l'intervention, beaucoup voient peu à peu les symptômes disparaître, et leurs urines reprendre leur limpidité. Quelques-uns pourtant dont les lésions sont plus anciennes et plus profondes, conservent leur cystite. Tel est le cas de M. Diday et d'un autre de nos prostatiques (obs. XXIX), dont les urines sont constamment restées louches, et qui tous deux, comme nous le verrons plus loin, ont eu à plusieurs reprises des calculs, dus précisément au maintien de ces phénomènes infectieux ; mais l'autopsie a montré deux ans après, chez M. Diday, l'intégrité absolue du rein, et M. G... (obs. XXIX), opéré depuis deux ans et demi, a une santé parfaite, un appétit excellent ; à tel point que ce vieillard de quatre vingt-un ans, vient d'engraisser de plusieurs kilogrammes à la suite d'un séjour à la campagne. N'est ce pas la meilleure preuve de l'absence de propagation de l'infection aux voies urinaires supérieures ?

Donc, la cystite est exceptionnelle chez les cystostomisés, dont la vessie était aseptique au moment de l'intervention. Existait elle antérieurement, sa disparition est fréquente, et si elle persiste, elle perd de sa gravité, le rein étant mieux gardé.

Nous sommes amené maintenant, à dire quelques

mots d'une complication liée du reste à la précédente, nous voulons parler de la production des calculs chez les cystostomisés.

Ils sont, on le sait, fréquents chez les prostatiques, et cela précisément en raison de l'état des urines infectées, réalisent les conditions nécessaires à la précipitation des phosphates et des carbonates. Il s'agit toujours en effet, dans ces cas de calculs secondaires. Rien d'étonnant que le même phénomène s'observe chez les cystostomisés, qui ont conservé de la cystite. Deux fois seulement, nous l'avions constaté (obs. II et XXIX). Dans ces conditions, il s'agit, par conséquent, encore là, d'une complication rare et qui n'a pas pour cause l'ouverture vésicale. Du reste, rien de plus simple que de couper court aux accidents, puisqu'il suffit de dilater le méat abdominal, pour explorer la cavité et extraire les productions calculeuses qui y ont pris naissance.

Toutefois, nous devons faire remarquer que la persistance de la cystite et la production secondaire de calculs s'observe surtout quand le méat abdominal est continent ou tend à le devenir. — M. G. en est un exemple frappant. Par quatre fois déjà, M. Poncet a dû élargir sa fistule et retirer des calculs. Au bout de quelque temps, quand la continence reparait, les phénomènes douloureux ne tardent pas eux aussi à revenir. La moindre rétention exagère la cystite et provoque la reproduction des concrétions calculeuses, ce qui nous amène à dire que quelquefois le mieux est l'ennemi du bien, et qu'il existe une catégorie de prostatiques avec cystite persistante qu'il est préférable de rendre incontinents, de parti pris.

Signalons encore, en terminant ce chapitre des com-

plications, les légers phénomènes inflammatoires que l'on observe souvent autour de l'orifice abdominal, surtout chez les malades incontinents.

Le plus souvent, il s'agit simplement d'érythème causé par le contact irritant de l'urine.

Quelquefois, il se forme autour du méat de petits abcès sous-cutanés. Rien de plus facile, mais aussi de plus important que d'éviter ces accidents sans gravité en eux-mêmes, mais pouvant être l'origine de complications infectieuses. Il suffit de simples soins de propreté réguliers et minutieux.

CHAPITRE IV

Manuel opératoire au point de vue de la continence de l'urètre contre-nature.

Le manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne est trop connu aujourd'hui pour que nous voulions y insister.

Nous sommes pourtant forcé d'aborder ce point de la question, surtout pour juger les diverses tentatives faites en vue d'obtenir un urètre hypogastrique continant. Précédemment, nous avons étudié les conditions anatomiques du néo-canal et cherché à juger de leur importance relative à ce point de vue. Nous avons vu que plusieurs éléments semblaient jouer un rôle dans la production du phénomène (longueur et direction du canal, tension des muscles droits, production d'un anneau fibreux élastique autour de l'orifice, etc.). Aussi s'est-on efforcé de réaliser ces conditions favorisantes par des modifications dans le manuel opératoire.

Pour ce qui est de l'incision et de sa direction, on s'est toujours borné au tracé vertical, employé ordinairement dans la taille hypogastrique. Il ne saurait être question ici, en effet, de l'incision transversale suivant le procédé de Trendelenburg. Sur des sujets très musclés, à paroi abdominale tendue, on pourra, peut-être, être conduit à pratiquer de chaque côté un léger débridement sur l'insertion des droits, de façon à parvenir plus facilement sur la vessie. Mais, d'une façon générale, c'est une ressource dont il faut savoir se passer, de façon à conserver l'intégrité de la sangle constituée par les deux muscles, qui contribue peut-être dans une certaine mesure au fonctionnement du nouvel urètre au point de vue de sa continence.

Où faut-il inciser la couche musculo-aponévrotique? Dans la plupart des opérations pratiquées dans le service de M. Poncet, on a passé au niveau de la ligne blanche entre les deux muscles. Pourtant dans quelques cas, M. Jaboulay¹ a pratiqué l'incision au milieu des fibres musculaires de l'un des droits, de façon à créer autour de l'orifice une sorte de boutonnière jouant le rôle de sphincter. Il ne semble pas qu'avec cette modification les résultats fonctionnels aient été meilleurs. L'incision de la ligne blanche doit conserver les dimensions les plus restreintes possible. Il faut qu'elle soit suffisamment grande pour permettre de découvrir facilement la vessie et de manœuvrer à son aise. Mais il est important de la restreindre pour éviter l'éventration consécutive que nous avons observée chez plusieurs malades. Au besoin, on

¹ Jaboulay, *Mercredi médical*, 1892.

mettrait quelques points de suture profonds pour diminuer l'étendue de la brèche créée dans la paroi musculo-aponévrotique de l'abdomen.

M. Poncet a insisté sur le point où l'on doit pratiquer la ponction de la vessie. D'après lui, il faut inciser aussi bas que possible, près du col vésical, de façon à rendre oblique le trajet intra-pariétal du nouvel urètre. Nous avons montré plus haut que ces conditions de longueur et de direction du canal n'avaient qu'une importance relative dans la question de continence. De plus, lorsqu'on incise très bas, il est très difficile de suturer exactement à la peau la partie inférieure de la plaie vésicale cachée derrière le pubis. Les fils tirent et coupent la paroi. C'est donc une condition défectueuse au point de vue de la réunion exacte et de la constitution définitive du canal quand on tient absolument à ne pas voir se produire une oblitération secondaire. Enfin dans l'observation LV que nous a communiquée M. Hartmann, il est dit qu'en voulant inciser bas on tomba sur la prostate très hypertrophiée, de telle sorte que l'on dut reporter l'incision encore plus haut. Le résultat fonctionnel obtenu dans ce cas particulier est pourtant relativement bon, puisque le malade garde ses urines au moins pendant la nuit dans le décubitus dorsal. Pour toutes ces raisons, nous croyons qu'il n'est pas indispensable de reporter trop bas la ponction de la vessie, surtout si la pratique de l'opération en est rendue plus pénible. Toutefois il ne faut pas oublier que l'incision basse met plus sûrement à l'abri de la blessure du cul-de-sac péritonéal.

M. Poncet suture ordinairement la vessie à la paroi abdominale en prenant dans la suture tous les plans

muscles, aponévroses et peau. M. le D^r Guillemot¹, qui a pratiqué deux cystostomies que nous rapportons plus loin, pense qu'il y a avantage à suturer directement la vessie à la peau seule, sans prendre les muscles.

A notre avis, en se conformant à cette dernière manière de faire, on rapproche plus exactement la peau de la muqueuse, et la constitution du méat est plus parfaite. Mais au point de vue de la continence du canal, nous ne voyons qu'il y ait grand avantage, au contraire peut-être, et voici pourquoi. Lorsque l'obstacle prostatique est suffisant pour empêcher le retour des fonctions naturelles, le trajet fistuleux persiste, alors même que la juxtaposition de la peau et de la muqueuse n'a pas été parfaite. Le trajet se recouvre progressivement d'un revêtement cutanéomuqueux. Il est plus long, et de plus l'anneau fibreux qui se constitue autour de lui est plus large et peut mieux jouer le rôle que nous avons indiqué précédemment.

On voit que toutes les modifications proposées à l'opération type en vue de réaliser des conditions anatomiques favorables à la continence n'ont qu'une importance relative. Il fallait s'y attendre du reste, étant donnée la multiplicité des facteurs (longueur et direction du trajet, action des muscles droits, structure des parois, etc.). Il n'existe pas de procédé opératoire assurant un fonctionnement sur de l'urètre abdominal des cystostomisés.

Aussi tous ceux qui ont été proposés n'ont pas donné de résultats.

Nous avons déjà signalé précédemment le procédé de

¹ Guillemot, *Gazette hebdomadaire*, 1893.

M. Jaboulay, imité de celui de Witzel, pour la gastrostomie et consistant à créer le trajet à travers les fibres du grand droit de l'abdomen. Plus récemment, M. Jaboulay¹ en a indiqué encore un autre, applicable aussi bien à la gastrostomie qu'à la cystostomie sus-pubienne. On crée aux dépens des parois vésicales un trajet oblique à travers la paroi abdominale. Le nouvel urètre se compose d'un orifice cutané situé sur la ligne médiane, d'une portion horizontale sous-cutanée, et enfin d'une portion antéro-postérieure à travers les fibres du grand droit de l'abdomen. De cette façon, la boutonnière musculaire joue le rôle de sphincter, et en outre il serait possible de comprimer avec une pelote la partie horizontale sous-cutanée, de façon à produire une occlusion hermétique. C'est fort bien en théorie ; malheureusement au bout d'un certain temps les orifices profonds et superficiels arrivent à se superposer plus ou moins et l'on perd le bénéfice de la disposition opératoire primitive. En outre, il n'est pas toujours facile d'amener la vessie au travers de ce chemin contourné jusqu'à la peau. Nous avons pu voir un malade opéré par M. Jaboulay d'après cette méthode. Le résultat obtenu ne fut pas meilleur que ceux auxquels nous sommes habitués par le procédé habituel.

Il y a quelques mois, M. le Dr Wassilief exposait dans la *Gazette des hôpitaux*², sous le nom de « cystostomie idéale », une méthode séduisante au premier abord et qui méritait d'être mise en pratique.

L'auteur se basait sur les résultats observés à la né-

¹ Jaboulay, *Gaz. hebdomadaire*, 24 février 1894.

² Wassilief, *Gaz. des hôpitaux*, 17 avril 1894.

cropsie d'un cystostomisé opéré dans le service de M. le professeur Tillaux.

Le néo-canal était constitué uniquement par la muqueuse vésicale doublée d'une couche conjonctive sans éléments musculaires. Il semblait pourvu de deux sphincters : l'un à fibres lisses résultant du glissement en arrière de la musculature sur la muqueuse, l'autre superficiel, strié, formé par les muscles droits. M. Wassilief proposait alors de décoller la musculature de la muqueuse et de suturer simplement cette dernière à la peau, de façon à réaliser le dispositif observé. La manœuvre est possible ; on peut en repoussant avec l'index la musculature, en même temps que l'on maintient la muqueuse à l'aide d'une pince, arriver à séparer les deux couches de la paroi vésicale. Nous avons vu M. Curtillet, chef de clinique, pratiquer la cystostomie ainsi comprise sur deux malades dont nous rapportons ici les observations (obs. LI, LIV). Ces deux cas ont été publiés dans la *Gazette des hôpitaux*¹. Une fois la suture n'a pas tenu ; le malade ayant des urines infectées. Dans la seconde observation, la réunion de la muqueuse et de la peau a été parfaite. Le malade quitta l'hôpital quinze jours après avec une incontinence absolue. Depuis, le méat fonctionne, pas une goutte d'urine ne s'écoule entre les mictions. Le malade ne se plaint que d'une chose, c'est de l'étroitesse de son canal, telle que la vessie demande plus d'une demi-heure pour se vider complètement. Mais actuellement se trouve encore dans le service de M. le professeur Poncet un troisième malade, opéré il y a trois mois environ d'après le

¹ Curtillet, *Gaz. des hôpitaux*, 16 janvier 1894.

même procédé. La réunion de la muqueuse et de la peau a également été parfaite, mais aujourd'hui les urines s'écoulent constamment et spontanément. Aussi avons-nous été forcé de faire construire à ce malade un urinal pour lui rendre supportable son infirmité. De ces faits se dégage cette conclusion déjà indiquée par M. Curtillet, c'est que la cystostomie idéale ne saurait être réservée qu'à un nombre très limité de cas, aux malades non infectés. Les résultats obtenus chez ceux-ci ne permettent pas de se prononcer jusqu'à présent. Peut-être une expérience plus prolongée sera-t-elle plus concluante.

On voit que le chirurgien n'est pas maître de la fonction du canal qu'il crée. Il peut tout au plus la favoriser dans la mesure que nous avons indiquée.

CHAPITRE V

Des divers appareils proposés pour remédier à l'incontinence.

La plus grosse objection que l'on puisse faire à la cystostomie, c'est de laisser après elle une infirmité des plus pénibles pour le patient et pour son entourage.

Nous avons vu, en effet, que beaucoup d'opérés gardent un méat abdominal perméable et ont de l'incontinence plus ou moins complète.

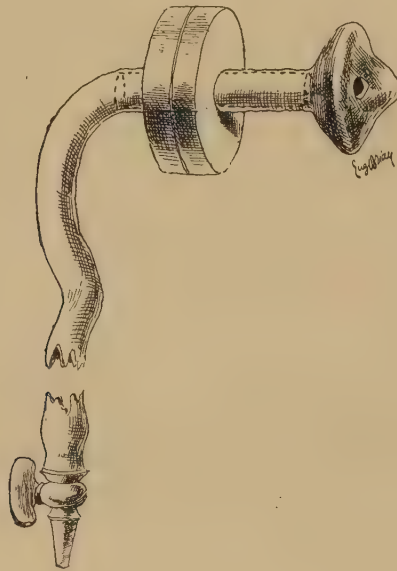
Il est donc de toute nécessité de rechercher les moyens les plus pratiques pour pallier cette infirmité, et c'est pourquoi dans ce dernier chapitre nous exposerons ce que l'expérience nous a appris à ce sujet.

La question a une importance considérable et nous sommes persuadé que le jour où on disposera d'un appareil parfait, applicable aux cystostomisés incontinents, les dernières préventions contre l'opération disparaîtront tout à fait. Malheureusement le problème est difficile et les nombreuses tentatives faites dans ce sens en sont la meilleure preuve.

Bonan, dans sa thèse proposait comme moyen d'obturation des chevilles en ivoire, recourbées pour s'adapter à la forme du canal et terminées par une tête élargie pour mieux assurer l'occlusion et empêcher la chute dans la vessie. Le tout était maintenu par un tampon de gaze appliqué sur l'abdomen par une sangle hypogastrique.

M. Martin a imaginé aussi divers obturateurs. L'un d'eux, représenté schématiquement dans la thèse du D^r Bonan, se compose d'une sonde en caoutchouc, terminée par un robinet et portant à son extrémité deux renflements excentriques pouvant être remplis avec de l'eau. L'un pénètre dans la vessie, l'autre reste à l'extérieur. La paroi est ainsi comprimée entre ces deux obturateurs élastiques au milieu desquels passe la sonde.

Dans une note additionnelle à sa thèse, Bonan décrit encore un autre appareil dû à M. Martin.



C'est une sonde de Pezzer, dont l'extrémité renflée introduite dans la vessie joue le rôle d'obturateur interne. Sur une hauteur de 4 à 5 centimètres, la sonde molle est rendue rigide par un tube en caoutchouc durci situé à son intérieur. Sur ce tube glissent à frottement, deux rondelles de caoutchouc, qui poussées contre la peau jouent le rôle d'obturateur externe.

Bonan considère cet appareil comme le plus parfait. En fait, nous avons pu voir à l'hôpital Tenon, dans le service de M. le Dr Nélaton, un cystostomisé porteur d'un appareil analogue, qui semblait remplir à peu près les conditions voulues.

Malheureusement tous les obturateurs, quelle que soit leur forme, ont un défaut commun, c'est de laisser suinter l'urine entre eux et la paroi.

Quand le malade reste constamment au lit, de tels appareils peuvent convenir à la rigueur et fonctionner à peu près. Mais quand le patient se lève, marche et surtout se livre à des efforts, l'urine s'échappe. C'est du moins ce que nous avons observé chez la plupart de nos opérés. En outre ces chevilles obturatrices ou ces tubes rigides traversant la paroi sont souvent mal supportés. Ils déterminent des douleurs à l'occasion des mouvements. Enfin, et c'est là une considération importante, l'introduction de ces corps étrangers dans le trajet ou dans la vessie est une cause d'infection, qu'il est préférable d'éviter, d'autant plus que lorsque ces objets ont séjourné longtemps dans l'organe, ils s'incrustent de sels calcaires (par exemple, l'extrémité de la sonde de Pezzer), d'où la nécessité d'enlever fréquemment et de réintroduire ces appareils.

Aussi pour toutes ces raisons, croyons-nous qu'il ne

faut pas avoir recours aux obturateurs. Il faut considérer la vessie comme supprimée en tant que réservoir et laisser les urines s'écouler spontanément quitte à les recevoir dans un récipient adapté. Et cela est d'autant plus vrai que l'incontinence est plus marquée. Nous l'avons déjà fait remarquer plus haut, la vessie diminue, se rétracte chez les cystostomisés. La capacité s'amoindrit de plus en plus, l'organe devient intolérant. On comprend alors que dans ces conditions il soit illusoire de chercher à adapter un appareil obturateur qu'il faudra enlever toutes les fois que la vessie contiendra de 50 à 100 grammes de liquide.

L'urinal est donc l'appareil de choix. La difficulté est de l'appliquer convenablement. Au Congrès de chirurgie de 1893, M. Gangolphe a présenté un appareil composé d'une tige métallique, droite, creuse, longue de 4 à 5 centimètres, pénétrant dans le trajet et à laquelle est adaptée un réservoir en caoutchouc. La portion de la tige qui est en dehors du ventre est entourée par une pelote en caoutchouc que l'on gonfle avec de l'air. Une sangle hypogastrique l'applique exactement contre la paroi, de façon à éviter le suintement de l'urine. Enfin, un petit tube placé à l'extrémité supérieure de l'urinal permet à l'air déplacé par l'urine de s'échapper. L'écoulement facile du liquide de la vessie dans le réservoir est ainsi assuré.

Le malade de M. Gangolphe qui avait du reste pris part lui-même au perfectionnement de son appareil, le porta quelque temps, puis l'orifice s'oblitéra et aujourd'hui les fonctions urinaires se font par les voies naturelles. Mais le même instrument a été appliqué par M. Gangolphe, par nous-même, à une série d'autres malades qui ne l'ont pas

supporté. La tige métallique qui traverse le trajet détermine des douleurs rapidement intolérables. Nous avons cherché alors à la remplacer par une sonde en gomme. Le résultat est meilleur, mais loin d'être parfait. En outre, malgré toutes les précautions prises, l'urine arrivait presque toujours à suinter entre la pelote et la paroi.

« M. le D^r Loumeau, de Bordeaux¹, a fait construire un urinal hypogastrique basé sur les mêmes principes. En voici la description telle que l'auteur lui-même a eu l'obligeance de nous la communiquer :

« C'est un récipient en caoutchouc, plus large et plus volumineux en haut, s'effilant en bas ; convexe en avant où il sera recouvert par les vêtements, plat et un peu excavé en arrière pour s'harmoniser avec la disposition bombée de l'hypogastre et des saillies génitales chez l'homme.

« La partie supérieure de l'appareil présente une forme fixe, due à la présence d'une légère ossature métallique, interposée entre deux couches de caoutchouc. C'est cette partie qui assujettit l'urinal par une ceinture et des sous-cuisses.

« La partie inférieure, au contraire, est souple, de façon à ne pas gêner les mouvements de la cuisse contre laquelle elle est appliquée par le pantalon et à pouvoir être mobilisée par le malade lorsqu'il voudra évacuer le récipient.

« Cet urinal est perforé en haut, en bas, en avant, en arrière.

« En arrière existe un infundibulum I (fig. 2), sorte

¹ Communication au Congrès de Rome 1894, et au Congrès de Chirurgie, Lyon, 1893.

d'invagination produite par la paroi postérieure elle-même et qui plonge vers la cavité de l'appareil. Dans l'infundibulum est reçue, comme le doigt dans un gant, l'extrémité périphérique de la sonde hypogastrique. Cette sonde (S) est en caoutchouc; elle peut venir directement de la vessie (Pezzer, Malécot, etc.), ou bien être adaptée, comme chez mon opéré, au bout d'une canule rigide

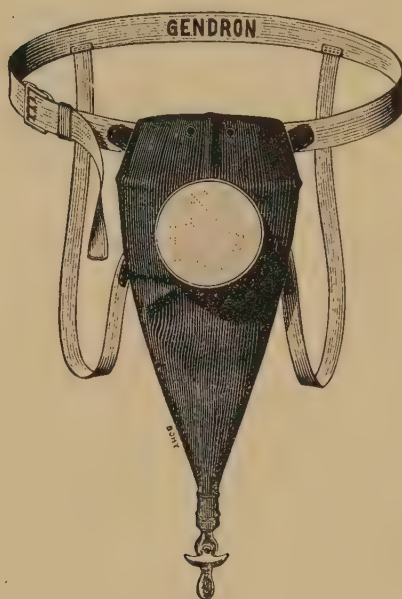


Fig. 1. — Appareil entier vu de face.

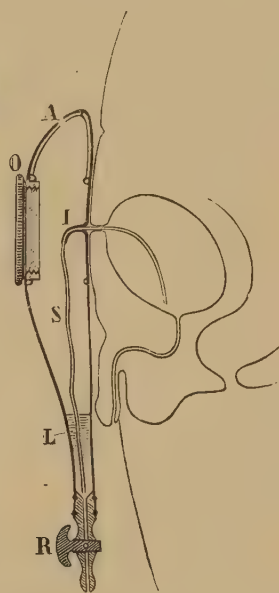


Fig. 2. — Coupe longitudinale de l'appareil vu de profil.

émergeant du trajet sus-pubien. Elle plonge jusqu'à l'extrémité inférieure de l'urinal, où son ouverture, toujours béante, baigne dans un liquide antiseptique (L) (acide phénique, sublimé).

« Sur la paroi antérieure, juste en face de l'infundi-

bulum, est creusée une large fenêtre ronde (O) mesurant 5 centimètres de diamètre et limitée par une armature en zinc, à la périphérie de laquelle s'ajuste hermétiquement le caoutchouc ambiant. Un opercule en zinc, se vissant très exactement dans l'armature de la lunette, en permet l'obturation parfaite.

« En avant encore, mais tout à fait en haut, sont disposés, à droite et à gauche, deux petits trous (A) creusés à l'emporte-pièce, par où l'air extérieur peut constamment entrer et sortir : condition nécessaire aux variations de pression qui doivent exister dans l'intérieur de l'urinal.

« En bas, un robinet (R) en ébonite assure l'évacuation facile de l'appareil, à travers l'ouverture du pantalon ordinairement destinée à laisser passer la verge, pour la miction. »

Beaucoup plus simple est l'appareil construit par M. Collin dont nous donnons ici une reproduction. Il se compose simplement d'une cupule métallique oblongue, qui porte à son pourtour une garniture de caoutchouc. Au point déclive se trouve un tube qui conduit l'urine dans un réservoir.

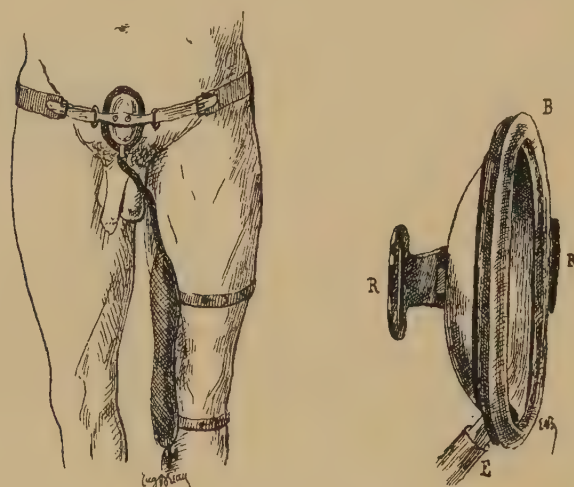
La cupule est maintenue fixe sur l'abdomen au moyen d'un ressort en acier prenant son point d'appui au sommet et dont les extrémités sont rattachées à une ceinture abdominale.

L'adaptation est parfaite, pas une goutte d'urine ne suinte entre les bords de la cupule et la paroi abdominale. L'instrument est bien supporté. Le malade opéré par M. Hartmann et que nous avons pu voir pouvait après des mois se livrer à ses occupations sans être gêné par son infirmité. Nous-même en avons fait construire de

semblables ou avec des modifications de peu d'importance, qui nous ont donné des résultats aussi satisfaisants.

Cet urinal nous semble réaliser actuellement les conditions requises, par son volume peu considérable, son application facile et exacte, et aussi l'absence de toute sonde pénétrant dans le trajet hypogastrique.

Grâce à cet instrument ou à tout autre analogue, la vie du cystostomisé incontinent devient parfaitement supportable. Tout se réduit à des soins de propreté, à laver



l'orifice fistuleux, à enduire le pourtour de vaseline pour empêcher l'action irritante de l'urine, etc., précautions bien simples, mais très importantes pour qu'un appareil quel qu'il soit puisse être toléré et qu'un malade soigneux arrive rapidement à savoir prendre.

CHAPITRE VI.

Discussion des indications d'après les résultats

Les indications de la cystostomie ont été nettement posées par M. le professeur Poncet. Dans le mémoire déjà cité ¹ notre maître a indiqué les raisons qui légitimaient l'ouverture de la vessie dans tel ou tel cas. En quelques lignes voici les conclusions. Il faut cystostomiser :

1° Tous les prostatiques infectés avec fièvre et symptômes généraux d'empoisonnement urinaire ;

2° Les prostatiques rétentionnistes aseptiques lorsque le cathétérisme est

- a) absolument impossible ;
- b) particulièrement difficile (fausses routes, urétrorragies, etc.
- c) ou simplement très douloureux et devant être répété très souvent ¹ ;

¹ *Gaz. hebdomadaire*, juin 1894.

² Ce sont presque toujours alors des malades infectés.

d) enfin dangereux à cause des occasions répétées d'infection (rétention chronique avec distension vésicale sans infection).

Les résultats que nous avons exposés dans ce mémoire justifient-ils une telle manière de faire ?

La question ne fait pas de doute pour la catégorie des infectés. Nous constatons bien un chiffre de 15 morts sur 42 cas dans les quinze premiers jours. Mais il n'y a qu'à lire les observations pour juger de l'état grave de ces malades. Assurément la cystostomie n'est pas une panacée qui guérit toujours et dans tous les cas. Qu'on nous montre du reste une autre méthode capable d'arracher à la mort ces vieillards en proie à l'empoisonnement urinaire à ses dernières périodes !

Par contre nous en trouvons 17 sur 42 dont la survie varie entre six mois et deux ans et demi. Pour la plupart d'entre eux, il s'est agi d'une véritable résurrection. Quel que soit le résultat fonctionnel du méat abdominal, l'opération est un succès, alors même qu'elle laisse à sa suite une infirmité, puisque c'est une question de vie ou de mort qui se posait avant l'intervention. Faisons remarquer en outre que les chiffres que nous donnons sont des minimas, et parmi nos 10 malades qui ont moins de six mois de survie, la plupart jouissent d'une excellente santé

Aussi, à notre avis, la discussion ne saurait porter sur cette catégorie de malades. Les nombreux succès déjà publiés dans des cas analogues en sont la meilleure preuve.

Seulement en exposant plus haut nos résultats, nous avons montré que les meilleurs se rapportent aux formes aiguës d'infection. Dans les cas suraigus, la septicémie ne

continue pas moins son évolution rapide. Quand aux vieux prostatiques, chroniquement infectés, ils élèvent considérablement le chiffre de la mortalité.

Faut-il malgré cela intervenir dans des cas analogues ? Oui, dit M. Poncet, parce qu'en présence d'un empoisonnement urinaire suraigu, c'est la seule chance de salut qui reste si faible soit-elle. D'autant plus que la taille vésicale a au moins pour effet de supprimer les douleurs épouvantables qui tourmentent ces malheureux.

Quant aux formes chroniques, si elles donnent une mortalité plus considérable, la faute n'en est pas à la cystostomie, mais aux troubles profonds de l'appareil urinaire. Conclusion : ne laissez pas les malades arriver à cette période ultime de leur affection. Opérez plus tôt et les résultats seront meilleurs.

La question de l'intervention est beaucoup plus discutée chez les prostatiques en état de rétention aiguë ou chronique, mais sans infection. Là, en effet, il faut tenir compte davantage du résultat ultérieur fonctionnel. Quand le cathétérisme est absolument impossible, l'opération s'impose. Mais nous reconnaissons volontiers que c'est une éventualité rare. Avec des tâtonnements et de la patience on finit presque toujours par arriver à passer. Il s'agit donc de savoir s'il vaut mieux continuer chaque jour ces manœuvres difficiles, délicates, souvent extrêmement douloureuses, exposant aux hémorragies et à l'infection, ou s'il est préférable d'inciser immédiatement la vessie. Nous ne parlons pas, bien entendu, de la ponction capillaire qui est une ressource d'urgence, loin, du reste, d'être absolument inoffensive.

Dans ses publications antérieures, M. Poncet a longue-

ment exposé les raisons qui le poussaient à adopter cette dernière manière de faire. Les résultats éloignés la justifient-ils aussi?

Nous avons vu plus haut que dans ces conditions quatre malades seulement ont succombé moins d'un an après l'intervention (se reporter au tableau de la page 25 et aux observations pour voir dans quelles conditions). Tous les autres, moins un seul (obs. III) mort au bout d'un an et demi de pneumonie aiguë, sont encore vivants aujourd'hui. Parmi eux, avons nous dit, 15 ont été suivis pendant six mois au minimum.

En ne nous occupant que de ces 15 malades, nous voyons que sept fois l'orifice abdominal s'est fermé, huit fois il est resté permanent. Sur ces huit urètres contre nature, trois sont continents (obs. VI, LII, LXIII), un a une incontinence partielle (obs. III), et quatre perdent toutes leurs urines (I, V, L et XXIII. Par conséquent, un quart au plus des malades ont au bout de six mois une incontinence complète. Tous les autres ont vu leur méat ou se fermer ou devenir capable de retenir les urines.

De tels résultats suffisent, croyons-nous, à faire préférer la cystostomie chez les malades non infectés, au cathétérisme particulièrement difficile, dangereux ou même par trop douloureux, d'autant plus qu'il est possible de remédier à l'incontinence par le port d'un appareil bien simple qui rend l'infirmité parfaitement supportable.

Enfin il ne faut pas oublier non plus que ces incontinents sont désormais à l'abri de tout accident et de rétention et d'infection grave.

CONCLUSIONS

Les accidents graves du prostatisme qui légitiment la cystostomie sus-pubienne sont de deux ordres : mécaniques ou infectieux.

Les survies les plus nombreuses et les plus longues s'observent dans la catégorie des malades opérés pour rétention sans infection.

La mortalité est plus considérable chez les infectés. Dans ce cas, les meilleurs résultats s'observent dans les formes aiguës.

Les septicémies urinaires suraiguës continuent d'évoluer malgré la cystostomie qui est cependant la seule ressource. Dans tous les cas, elle soulage les malades et les place dans des conditions de guérison possible. Les infections chroniques fournissent, au point de vue de la statistique, des chiffres plus défavorables que les infections aiguës.

Les résultats fonctionnels de l'urètre contre-nature peuvent se catégoriser ainsi, et dans les proportions suivantes :

1° Oblitération du méat hypogastrique et rétablissement des fonctions (12) ;

2° Persistance du méat hypogastrique avec :

Continence (7).

Continence partielle (3);

Incontinence (12);

Sur 34 cas observés au bout de six mois au moins et dont quelques-uns datent de plus de deux ans.

Au point de vue des indications, on peut conclure :

1° Que l'opération est justifiée dans les cas d'infection urinaire grave, parce qu'aucune autre méthode ne peut sauver les malades, et qu'alors la survie, quel que soit l'état du fonctionnement de l'urètre contre-nature est un succès.

2° Que les résultats dans les cas de rétention mécanique sans infection sont tels qu'ils légitiment la méthode sanglante, quand le cathétérisme est impossible, particulièrement difficile ou douloureux¹, puisque la mortalité à distance est alors très faible, que l'incontinence ne s'observe que dans une proportion de 4 sur 15, enfin qu'on peut pallier à l'infirmité par le port d'appareils bien simples.

¹ Voir A. Poncet, loc. cit. *Gaz. hebdomadaire* 1894. Indication de la cystostomie-sus-pubienne.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET

Vu, bon à imprimer

LE DOYEN,
LORTET

Vu, bon et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
EM. CHARLES.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (th. Bonan, résumée).

*Cystostomie pour accidents répétés de rétention.
Catéthérisme impossible.*

M. B..., de Nevers, soixante-douze ans.

Troubles de la miction depuis dix ans.

Pendant la dernière année, environ dix mictions par vingt-quatre heures, dont quatre la nuit.

Le 4 mai 1890. — Accès de rétention complète après un trajet de quinze heures en chemin de fer.

Le médecin appelé essaye de passer une sonde, qui se brise dans le canal.

Le malade est alors envoyé à l'Hôtel-Dieu, le fragment de sonde tombe spontanément et on peut passer un n° 16.

Le 6 mai. — Rétention complète. Impossibilité absolue de passer. Urétrorragie.

M. Poncet pratique la cystostomie.

A la fin du mois M. B... rentrait à Nevers.

20 mars 1892. — Le malade revient à Lyon et donne les renseignements suivants :

Au bout de quelques semaines il parvint à retenir ses urines une heure, puis une heure et demie et deux heures.

A l'aide d'un clou d'ivoire il arrive à obturer complètement sa fistule.

Il éprouve des besoins d'uriner toutes les quatre ou cinq heures et parvient encore assez souvent à les garder six et même sept heures.

La santé générale est parfaite.

L'orifice est en cul de poule. L'infundibulum a environ 2 centimètres de profondeur.

Mars 1894. — M. le Dr Lefèvre, qui voit le malade, a bien voulu nous tenir au courant de l'état actuel.

La santé générale est restée parfaite.

Les fonctions ne se sont jamais rétablies par la verge.

L'urine passe entièrement par la fistule. Mais malgré les obturateurs les plus ingénieux que M. B... a fait construire l'urine s'écoule constamment entre eux et les parois de la fistule pendant la marche. Aussi est-il obligé, pour n'être pas souillé, de tenir constamment ces obturateurs avec la main.

De plus la capacité de la vessie s'étant réduite de plus en plus (100-150 cc.), il est forcé d'enlever extrêmement souvent sa cheville d'ivoire.

Aussi le malade est-il confiné à la chambre, ou ne sort-il, dit le Dr Lefèvre, qu'avec une grande robe de chambre, comme Jean-Jacques, de façon à pouvoir, avec la main, maintenir son obturateur.

Quant au trajet fistuleux, il s'est allongé, est devenu sinueux, et il faut toute l'habitude qu'en a M. B... pour y faire pénétrer des instruments.

OBSERVATION II (th. Bonan, résumée).

Cystostomie pour rétention d'origine prostatique. — Cathétérisme douloureux et difficile. — Accidents aigus d'infection.

M. P. Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille, quatre-vingts ans.

Légers troubles prostatiques depuis un an.

Pendant les derniers mois quelques troubles gastriques, petits frissons.

Pas de cathétérisme antérieur.

Le 12 décembre 1891. — Accès de rétention aiguë.

Du 12 au 22 décembre. — Traitement par le cathétérisme, la sonde à demeure, les lavages vésicaux.

23 décembre. — En raison de la difficulté du cathétérisme extrêmement laborieux et douloureux, et devant être très souvent répété à cause de la cystite, de l'état des urines troubles, ammoniacales, et sortant de l'état général, fièvre, anorexie, teinte jaune sale de la peau, etc., M. Poncet décide le malade à se soumettre à la cystostomie.

A la suite disparition graduelle des accidents.

Rétrécissement du méat qui arrive peu à peu à être continant, de sorte qu'au 22 mars M. Diday gardait ses urines cinq heures et demie environ.

Nous reproduisons ici, pour compléter l'observation, une partie de l'article publié par M. le Dr Orcel : « La maladie, la mort, l'autopsie de M. Diday ».

« M. Diday a fait connaître lui-même avec son esprit habituel dans diverses publications le bon fonctionnement de son urètre contre nature, qui lui permit au bout de peu de temps

de retenir ses urines, trois, quatre et même cinq heures. La miction, soumise à la volonté, s'opérait dès lors uniquement par le méat hypogastrique sous forme d'un jet en anse dont les dernières parties seules s'échappaient quelquefois en bavant. C'est à peine si quelques gouttes d'urine ou de mucopus s'écoulaient encore par l'urètre pénien et seulement de temps à autre ; miction nulle au point de vue physiologique et qu'il avait cherché du reste à supprimer le plus possible en raison des douleurs ou de prétendus accidents inflammatoires qu'elle provoquait.

« Le seul incident qui mérite d'être signalé en dehors de quelques troubles fonctionnels qu'il régularisait par des cathétérismes et des irrigations vésicales toujours pratiqués par le méat hypogastrique a été la présence de calculs dont l'extraction devint bientôt nécessaire en raison des symptômes qu'entraînait leur présence (hématuries, douleurs à la fin de la miction, etc.)

« Le 8 juin 1893, après exploration sous anesthésie, quatorze calculs phosphatiques à forme plus ou moins irrégulière furent extraits par l'orifice hypogastrique débridé par en bas. Cette fois encore les suites furent simples, et dès le 26 du même mois notre cher malade retrouvait de nouveau la continence.

« Le 15 juillet, nouvel incident. Apparition, sans cause nettement appréciable, d'une épidydimite gauche qui se termina par résolution, et à l'occasion de laquelle il imagina son ingénieux *suspensoir à traction normale postéro-antérieure*.

« Ayant eu trois semaines ou un mois avant de s'aliter des envies d'uriner qui paraissaient un peu plus fréquentes et des douleurs à la fin de la miction, M. Diday songeait à réclamer une nouvelle intervention, quand le 21 décembre une affection intercurrente vint détourner l'attention de l'appareil urinaire. Douleur vive au niveau des fausses-côtes du

côté droit, sans qu'une exploration pratiquée en ce point révélât aucune particularité ni qu'il se manifestât aucun signe d'auscultation pouvant laisser supposer l'évolution de l'affection qui devait l'enlever. Cette douleur nettement localisée s'accompagna bientôt de dyspnée et de véritables accès de suffocation au moindre effort, et on ne tarda pas à constater un épanchement assez considérable, qui s'accrut très rapidement. Sur l'avis des D^{rs} Lacour, Ollier, Poncet et Mouisset, on pratiqua trois ponctions. Les deux premières donnèrent issue à un liquide très hématique se reproduisant rapidement ; la troisième, à un liquide purulent. Cette modification survenue dans la nature de l'épanchement nous parut tout d'abord comporter un pronostic favorable pour notre affectionné maître. Courte illusion, hélas ! La pleurotomie pratiquée ne tarda pas à nous révéler la gravité d'un mal devant lequel tout effort devenait impuissant. Le doute n'était plus permis, on se trouvait en présence d'une néoplasie pleuro-pulmonaire.

« Deux jours après, M. Diday s'éteignit, après quelques heures de subdelirium pendant lesquelles il laissait encore échapper quelques mots aimables et de tendre reconnaissance pour ceux qui l'entouraient de soins affectueux.

« Conformément à sa volonté, M. Lagoutte, doyen de l'internat, assisté de M. Dor, chef de laboratoire de la clinique chirurgicale, pratique, le 10 janvier, l'autopsie, en présence de MM. Poncet, Aubert et Doyon. L'autopsie de la cavité thoracique confirme pleinement ce que nous avons observé au moment de l'ouverture de la plèvre : tumeur à marche rapide, que le microscope a révélé être un sarcome périostique développé au niveau de la paroi costale du côté droit et généralisé sous forme de noyaux disséminés à la totalité de la plèvre. »

Je n'insisterai pas sur cette partie de l'autopsie, dont les

détails ont été rapportés par mon maître le professeur Poncet dans un article du *Lyon médical* du 21 janvier.

Quant à l'appareil urinaire, dont l'examen avait surtout préoccupé M. Diday, enlevé dans sa totalité avec le pubis et la partie de la paroi abdominale correspondant au méat hypogastrique, il a fait l'objet d'un examen méthodique dans ses diverses parties, reins, uretères, vessie, prostate, urètre pénien et hypogastrique.

Les reins pas plus que les uretères ne présentent aucune lésion appréciable. Quelques rares petits kystes à la surface, volume sensiblement normal ; rein droit, 130 grammes ; rein gauche, 90 grammes ; à la coupe aucun signe de pyélonéphrite.

L'urètre normal incisé suivant sa face antérieure présente une intégrité absolue : absence de tout rétrécissement, de toute déformation jusqu'au niveau de la région prostatique. A partir de ce point jusqu'à l'orifice du col vésical, l'urètre est profondément encaissé dans la gouttière sinueuse que lui forme le tissu prostatique dont les deux lobes droits et gauche, du reste uniformément hypertrophiés, surplombent de 4 ou 5 centimètres sa paroi inférieure. Au fond, en écartant fortement avec les doigts les lèvres de l'incision prostatique, on aperçoit le *verumontanum* entouré de chaque côté de cryptes, d'orifices dilatés dont on fait sortir par pression des uns de petits calculs, des autres quelques gouttes d'un liquide muco-purulent.

La muqueuse de cette partie de l'urètre semble rouge, épaissie, comme enflammée. Quant à l'orifice du col vésical, surélevé à la hauteur du bord supérieur du pubis, il apparaît tel qu'il était lors des interventions qui avaient permis son exploration, arrondi, régulier, entouré par un bourrelet prostatique en forme de gimblette donnant au doigt la sensation d'un col utérin.

La prostate, très volumineuse, isolée et disséquée, ne pèse pas moins de 85 grammes, régulière de forme et de volume d'une mandarine, traversée excentriquement par le canal de l'urètre beaucoup plus rapproché de sa face inférieure que de la supérieure. Il n'existe pas de lobe moyen ; on ne note aucune saillie, aucun accident pas plus au niveau de la face vésicale du col que de la partie intra-prostatique de l'urètre. Il n'existe pas d'obstacle en dehors de celui entraîné par la déformation de l'urètre, par le refoulement des parois allongées, agrandies par l'ascension du col et le développement anormal du tissu qui l'entoure, déformation ayant entraîné d'abord de la dysurie, puis de la rétention. Sur la coupe, l'hypertrophie paraît porter sur le tissu prostatique tout entier. Cependant certains points semblent plus résistants et se présentent en saillie sur la surface de section sous forme de noyaux s'enucléant du tissu ambiant à la façon de fibromes enkystés. En d'autres points, le tissu prostatique paraît plus mou, se déchire facilement et semble très vasculaire. Notons en passant une épidydy-mo-orchite suppurée à gauche avec phlegmon chronique péri-vésiculaire du même côté.

La cavité vésicale, à surface lisse sans cellules ni colonnes, revenue sur elle-même, épaissie, présente le volume d'une mandarine. La muqueuse est de coloration gris ardoisé, sans ulcération ni épaississement inflammatoire, sans dilatations vasculaires, pas plus au niveau du bourrelet prostatique que sur le reste de la paroi. En arrière et au-dessous du col vésical existe un bas-fond, en forme de poche profonde de 3 ou 4 centimètres, logeant trois calculs phosphatiques dont le plus gros a le volume d'une noisette. A 15 ou 20 centimètres au-dessus du bourrelet prostatique s'ouvre l'orifice interne de l'urètre contre nature, apparaissant sous forme d'une petite ouverture circulaire semblable à une sorte de

hernie de la muqueuse vésicale à travers la tunique musculaire. Du côté cutané, le méat hypogastrique, situé à 4 ou 5 centimètres au-dessus du pubis apparaît comme une cupule en entonnoir, à fleur de peau, à bords régulièrement circulaires par en bas avec deux éminences mamillaires cutanées par en haut, circonscrivant un orifice dont les lèvres accolées paraissent devoir laisser passer facilement une sonde olivaire n° 18.

Le canal qui fait suite à ce nouveau méat est oblique de haut en bas, et d'avant en arrière sur une longueur de 25 à 30 millimètres. Il est en forme de bec de cafetière réunissant la peau à la cavité vésicale et n'offre à l'exploration ni accidents ni ressauts d'aucune nature. Ses parois sont constituées par toute l'épaisseur de la vessie attirée au niveau de la peau dans la brèche de la paroi abdominale. Tous les plans de la vessie y sont représentés sous une épaisseur moindre sans doute, et comme si les diverses tuniques de la vessie s'étaient pour ainsi dire adaptées à la nouvelle fonction qui leur était dévolue.

La muqueuse qui le tapisse dans une certaine étendue présente tous les caractères d'une muqueuse vésicale saine et se continue d'une façon très exacte avec la peau de la paroi abdominale, déprimée au niveau de l'orifice externe du canal sans qu'on puisse nettement préciser les limites des deux tissus à la manière de ce qui se passe au niveau du point d'union de la muqueuse rectale avec la peau de la marge de l'anus.

Cette sorte de hernie diverticulaire de toute la paroi vésicale est doublée excentriquement d'un anneau fibreux très dur, appréciable au doigt, et constitué par l'agglomération cicatricielle de tous les plans conjonctifs, tissus cellulaires, plans aponévrotiques formant à ce niveau la paroi abdominale et renforcée encore par les sangles longitudinales repré-

sentées par les muscles droits, qui offrent un développement et une résistance très notable.

Le fonctionnement du nouvel urètre, s'opposant à l'écoulement spontané de l'urine et rendant facile l'urination volontaire par contraction vésicale s'explique par l'ensemble de ces conditions physiologiques et anatomiques : longueur et obliquité du canal, résistance des droits, présence de l'anneau fibreux.

L'existence de la muqueuse dans la plus grande partie du canal nouveau, sa continuité exacte avec la peau rendent compte de la persistance du méat hypogastrique sans tendance à l'oblitération par adhérences alors qu'il fallait seulement lutter contre l'accroissement des parois, contre le rétrécissement du canal qui devait être progressif, entouré qu'il était par une bande de tissu cicatriciel et, par conséquent, rétractile.

OBSERVATION III (th. Bonan).

Cystostomie pour accidents aigus de rétention d'origine prostatique. — Rétablissement progressif des fonctions de l'urètre normal. — Oblitération spontanée et parfaite du méat-hypogastrique. — Nouveaux accidents de rétention.

S. F. soixante-cinq ans, employé de commerce, demeurant à Lyon.

Avait toujours eu une excellente santé.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 6 juillet 1891, il accusait des mictions plus nombreuses depuis quelque temps et l'obligeant à se lever deux ou trois fois par nuit.

Dans la nuit du 4 juillet, première rétention d'urine. Le médecin appelé essaya de passer une sonde qui ne pénétra qu'avec difficulté et donna lieu à un petit écoulement de sang.

Mais le 6, jour de son entrée, la sonde ne put être introduite : le malade fut envoyé dans le service de M. Poncet.

On constate une vessie remontant à l'ombilic, verge et cuisses couvertes de sang. Fausses routes évidentes. Le malade dit n'avoir pas uriné depuis trente-six heures.

On ne peut passer avec une sonde molle.

Le cathétérisme essayé avec une sonde métallique détermine une urétrorragie abondante. On arrive néanmoins à pénétrer.

Cystostomie. Issue d'une certaine quantité d'urine couleur acajou. On sent une prostate en forme de col utérin.

Le malade se trouve bien de son opération, pas de fièvre.

Sorti le 5 août pour aller à l'hôpital des convalescents de Sainte-Eugénie, le malade en revient au bout d'un mois et demi. L'orifice fistulaire livre encore passage à toutes ses urines.

Rentré fin septembre à l'Hôtel-Dieu, on pratique le cathétérisme avec une sonde molle qui reste à demeure pendant vingt-quatre heures. Le perméabilité du canal se rétablit sous l'influence de cathétérismes réguliers. La fistule s'oblitére peu à peu.

Le 9 janvier, l'orifice sus-pubien permet encore un léger suintement d'urines qui finit par se tarir complètement.

Le 30 mars au soir, brusquement rétention absolue.

Le lendemain, M. le Dr Viollet pratique un premier cathétérisme avec une sonde de Nélaton qui donna issue à une urine fortement mélangée de sang.

Le surlendemain, nouveau cathétérisme qui fut répété les jours suivants. Les urines étaient troubles.

On prescrit de grands bains.

Au bout de quatre jours, la fonction se rétablit.

Depuis ces nouveaux accidents, le malade urine cinq à six fois par jour, quatre à cinq fois la nuit. Les urines sont claires. Pas de douleurs.

Parfois, longue hésitation avant l'issue des urines. Le jet est mince et dure longtemps.

Le malade accuse un degré assez avancé de cachexie.

Grande faiblesse. Inappétence. On lui prescrit un traitement tonique, etc.

Le 17 juillet 1892, le malade est ramené à l'Hôtel-Dieu avec un nouvel accès de rétention et impossibilité du cathétérisme.

Nouvelle cystostomie.

Depuis cette dernière intervention, d'après les renseignements de M. le Dr Viollet, le malade se portait bien, au point de vue général et ne présentait aucun phénomène d'intoxication urineuse.

Le méat hypogastrique ne s'était jamais complètement oblitéré et laissait passer une quantité d'urine qui, minime pendant quelques jours, redevenait ensuite très abondante.

Quant à la miction par la verge, elle était à peu près nulle quand la fistule fonctionnait, et augmentait quand celle-ci avait tendance à s'oblitérer.

Le malade est mort en novembre 1892 d'une pneumonie contractée à la suite d'un grand bain, et qui l'emporta en quatre à cinq jours.

OBSERVATION IV (th. Bonan).

Cystostomie pour rétention d'origine prostatique. — Cathétérisme difficile. — Fausses routes. — Guérison. — Oblitération rapide du méat hypogastrique.

M. D..., soixante et onze ans, tisseur, à Lyon.

Entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Louis, le 1^{er} mars 1892. Il s'est aperçu depuis trois semaines qu'il avait de la peine à uriner. Sans cause appréciable, il eut une rétention complète. Il put être sondé facilement par son médecin et, dans la suite il se sonda lui-même avec une sonde en gomme. Il y a deux jours, ne parvenant pas à introduire l'instrument, il fit appeler son médecin, qui n'arriva pas à le cathétériser non plus. Le malade essaya encore lui-même, mais il ne put que ramener une certaine quantité de sang.

Le soir de son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constate l'existence de fausses routes sur la paroi postérieure du canal, au niveau de la région prostatique.

Urétrorragie assez abondante. Sa vessie est très distendue.

Cystostomie. — La vessie ponctionnée donne environ de 4 ou 500 grammes d'urine brune, mais sans odeur.

Nous avons revu le malade après. La fistule sus-pubienne est réduite à un trajet très étroit, qui laisse suinter par intervalles un peu d'urine. Les fonctions de l'ancien urètre ont tendance à se rétablir, mais le malade semble redouter l'oblitération de son méat hypogastrique par la crainte du cathétérisme.

1^{er} septembre 1894. — L'orifice abdominal est complètement fermé depuis six mois; auparavant, l'urine passait et par la verge et par la fistule qui était à peu près continente. Elle ne laissait suinter l'urine qu'à de rares intervalles.

Actuellement, le malade est en parfaite santé, il n'a jamais eu de fièvre, il urine par la verge toutes les quatre ou cinq heures. Les urines sont claires, jamais il n'a eu besoin d'avoir recours au cathétérisme. Il existe un peu d'éventration au niveau de la cicatrice, mais le malade ne souffre en aucune façon ayant soin du reste de porter une ceinture hypogastrique.

OBSERVATION V (th. Bonan).

Accidents de rétention d'origine prostatique. — Urétrorragie abondante. — Cystostomie.

G. L..., soixante-quatorze ans, demeurant à Lyon.

Est apporté à l'Hôtel-Dieu le 7 décembre 1891, dans un très mauvais état général, avec une rétention datant de trois ou quatre jours, au dire du malade, et une énorme tumeur sus-pubienne remarquée aussi par l'entourage.

Le malade n'a eu aucun accident antérieur du côté de la miction.

On constate une prostate très hypertrophiée et des fausses routes.

De plus, les cuisses et le ventre sont couverts de sang ainsi que le pénis.

L'urétrorragie serait survenue dans la nuit. On a trouvé le malade couvert de sang dans son lit.

Il y aurait eu des tentatives réitérées de cathétérisme.

Impossibilité de passer dans la vessie.

Cystostomie. — Tous les accidents disparaissent.

Un mois après on essaye de rétablir le cours des urines par la voie urétrale. Les sondes passent difficilement, il ne semble pas qu'elles aient pu entrer jusque dans la vessie.

Lavages à l'eau boriquée qui ne pénètre dans le réservoir urinaire que grâce à des pressions fortement exercées sur le piston de la seringue.

Aucune goutte d'urine n'est spontanément sortie par la verge, pas même à l'aide de grands efforts combinés avec l'oblitération digitale du trajet fistulaire.

L'incontinence est à peu près constante, sauf pendant la

première heure qui suit l'évacuation provoquée, une canule favorise la contention.

16 octobre 1893. — Le malade revient à l'Hôtel-Dieu. Il perd ses urines, et remédie à son incontinence avec un appareil construit par M. Martin (v. th. Bonan, p. 142).

Le capuchon de l'appareil étant tombé dans la vessie, il vint à la visite. Depuis il nous a été impossible de le retrouver.

OBSERVATION VI (th. Bonan.)

Cystostomie pour rétention d'origine prostatique. Cathétérisme impossible. Méat hypogastrique continent.

A. G..., tonnelier, à Bruissieu (Rhône). Robuste santé. Pas de maladie antérieure. Les troubles urinaires datent de la fin de 1890 (difficulté de la miction, quelques douleurs au bout de la verge). Progressivement les envies deviennent plus fréquentes et en même temps plus vives. Aussi l'écoulement se faisant goutte à goutte, elles causaient au malade une torture de tous les instants.

Au mois d'avril 1891, rétention brusque pendant la nuit.

Le malade fut sondé assez facilement par un médecin, seize heures après le début des accidents. Le lendemain nouvelle rétention, nouveau cathétérisme. Le malade apprend à se sonder. Urétrorragie légère les jours suivants, en même temps que le sondage devint laborieux, douloureux et très fréquemment répété.

Insomnies habituelles, inappétence, amaigrissement, douleurs à peu près constantes.

Le malade n'éliminait d'ailleurs à la fois que quelques gouttes de liquide.

C'est dans cet état qu'il fut envoyé à l'Hôtel-Dieu, le 9 mai 1891.

A son entrée, la région hypogastrique est légèrement saillante. Le malade prétend n'avoir pas uriné depuis quarante jours. L'interne du service, ne parvenant pas à passer la sonde, a recours à la ponction hypogastrique.

Deux heures après, devant l'imperméabilité persistante du canal, M. Poncet pratique la cystostomie.

Œdème du tissu cellulaire. On voit sourdre un jet d'urine continu par l'orifice, qu'a laissé l'aiguille de Potain.

Il reste encore une assez grande quantité d'urine dans la vessie malgré la ponction capillaire.

Neuf jours après, le malade demande sa sortie.

L'incontinence persista pendant deux à trois semaines. A la suite le malade put garder ses urines, pendant une heure ou deux, au bout desquelles, le suintement spontané se reproduisait. Un mois et demi après l'opération, il reprenait ses anciennes occupations. On le perdit ensuite de vue.

10 mai 1892. — Le suintement persiste. Quelquefois seulement, il ne se reproduit que trois ou quatre heures après la dernière évacuation. Malgré cela, le malade continue son travail, se contentant de maintenir un bloc de coton hydrophile sur l'hypogastre.

Malgré plusieurs tentatives de cathétérisme, jamais une goutte d'urine n'est sortie par l'ancien urètre.

On constate un petit orifice, à 1 pouce au-dessus de la symphyse, au fond d'une dépression en forme d'ombilic. Le trajet du nouvel urètre est légèrement oblique, de haut en bas.

Le conduit permet le passage d'une assez forte canule. Sur un point de l'orifice, on aperçoit une sorte de bourgeon rouge vif, qui semble appartenir à la muqueuse vésicale herniée. La canule obturatrice s'adapte de ce fait assez mal.

1^{er} septembre 1894. — Voici les derniers renseignements

que nous avons pu obtenir sur ce malade. Les urines passent par la fistule et s'écoulent par intervalle. Le jour, le malade sent le besoin d'uriner, la nuit, quand il dort profondément, l'urine s'écoule une fois ou deux sans qu'il s'en aperçoive. La muqueuse vésicale tend toujours à faire hernie, surtout après un travail pénible. Malgré son infirmité, le malade peut continuer à gagner sa vie de son métier de tonnelier.

OBSERVATION VII (th. Bonan).

Cystostomie sus-pubienne pour hypertrophie prostatique s'accompagnant depuis neuf mois de rétention et nécessitant depuis cette époque des cathétérismes devenus de plus en plus fréquents. Mort au bout de dix mois.

M. F..., soixante-dix-neuf ans. Rétention brusque survenue dans la nuit, le 2 mars 1889.

Le début des troubles fonctionnels remonte déjà à plusieurs années.

Lorsque M. Poncet vit le malade, les accidents remontaient à dix heures environ. Il put alors facilement pratiquer le cathétérisme avec une sonde molle. Dès lors les sondages devinrent obligatoires. Pendant huit mois le cathétérisme fut pratiqué régulièrement. Les urines restèrent claires, sans infection, grâce aux précautions antiseptiques.

Mais dès le mois d'août de la même année, les envies d'uriner devinrent plus fréquentes. On dut sonder le malade trois à quatre fois la nuit. Aux mois de septembre et octobre le cathétérisme très douloureux dut être répété en moyenne toutes les heures.

A partir de cette époque survinrent quelques troubles gastro-intestinaux, de l'amaigrissement.

M. F. réclamait alors une opération qui le mît à l'abri de ces envies constantes d'uriner et qui apportât un soulagement à ses douleurs.

Aussi, l'état général tendant de jour en jour à devenir plus mauvais, M. Poncet pratique le 12 novembre 1889, la cystostomie sus-pubienne.

Pas de particularité opératoire. Pourtant de chaque côté, M. Poncet gêné par les droits, pratique un débridement de 3 à 4 millimètres au niveau de leur insertion au pubis.

A noter une hémorragie en nappe peu abondante provenant de la muqueuse vésicale.

12 novembre. — Le malade se dit considérablement soulagé, mais il éprouve encore quelques envies d'uriner qui paraissent devoir être attribuées à une certaine quantité d'urine siégeant encore dans le bas fond vésical.

A partir du 14 novembre, les douleurs furent moins vives. Le 21, on enlève les fils. Pas de réaction du côté de la peau.

11 décembre. — La place vésicale tend à se rétrécir. Pour maintenir l'orifice béant, on a soin matin et soir de passer l'extrémité d'une sonde par l'ouverture.

17 décembre. — L'état général paraît excellent. Le malade se lève pour manger. Aucune goutte d'urine ne s'échappe par le canal.

Pendant le cours de l'année 1890, l'état du malade fut aussi satisfaisant que possible. Vers le mois de juillet, ses forces diminuèrent progressivement et il s'éteignit au mois d'août 1890 sans complication apparente, mais perdant ses forces, s'alimentant difficilement, mourant de cachexie sénile à la manière d'un malade atteint de fracture du fémur.

OBSERVATION VIII (th. BODAN).

Accidents d'empoisonnement urinaire remontant à plusieurs années. Rétention complète à répétition. Cathétérisme excessivement fréquent et toujours douloureux. — Cystostomie. — Guérison.

Im. Ch., soixante-douze ans, habitant Reyrieux. Excellente santé antérieure.

Le début de l'affection prostatique remonte à cinq ans environ. A cette époque, il avait déjà des mictions répétées.

Pendant les deux ou trois dernières années qui suivirent, le nombre des urinations augmenta très progressivement, en même temps que s'installèrent des phénomènes douloureux, peu sensibles d'abord, puis bientôt extrêmement aigus. Dans les dernières semaines de cette première période, survint de la difficulté dans l'émission du jet. Le malade poussait longtemps et souvent jusqu'à quinze ou vingt fois dans la journée, dix à quinze la nuit.

Le 4 décembre 1889, brusquement rétention complète. Douleurs paroxystiques pendant les efforts, en même temps fièvre, agitation. Le médecin appelé n'ose pas pratiquer le cathétérisme et prescrit des cataplasmes, des suppositoires. Rien n'y fit. Enfin le surlendemain, une sonde est passée et le soulagement est immédiat.

Cathétérisme deux fois dans les vingt-quatre heures pendant les jours suivants. Le malade apprend à se sonder, mais les besoins devinrent de plus en plus fréquents et dans une même nuit, il arriva de se passer dix à quinze fois la sonde.

En juin 1890, nouveaux accidents de rétention, qui cessèrent à la suite d'un cathétérisme violent avec sonde et mandrin

métallique. A la suite, le malade eut une urétrorragie très abondante et qui d'plusieururas jours.

Quelque temps après, troisième rétention. Le médecin ne peut pas sonder le malade, prescrit des bains, cataplasmes, et s'en va, se proposant de pratiquer une ponction vésicale le lendemain.

Le malade passe une nuit épouvantable avec douleurs horribles, frissons, agitation extrême. Enfin, à 3 heures du matin, après un grand bain très chaud, il parvint à passer lui-même une sonde avec un mandrin : urétrorragie consécutive, caillots rouges et blancs les jours suivants.

Depuis ce jour, le malade ne put jamais passer son cathéter sans tige conductrice. Ces manipulations toujours laborieuses, pénibles et douloureuses, furent répétées vingt, trente fois, dans les vingt-quatre heures. Les soins de propreté étaient plus ou moins bien observés, le malade changeant deux ou trois fois de sonde avant de trouver la bonne.

Vers la fin de mars 1892, le malade épuisé par les souffrances, l'insomnie et la fièvre, se fait amener à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'état général commençait à se ressentir de toutes ces secousses, l'appétit qui jusque-là s'était conservé, commençait à disparaître. Trois jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il avait eu trois accès de fièvre dans la même journée.

Aussi accepte-t-il sans hésitation l'opération proposée.

14 avril 1891. — Cystostomie sus-pubienne. Pas d'incident opératoire à signaler. La prostate forme un gros bourrelet autour du col. La vessie est spacieuse avec un grand bas-fond.

Le soir et le lendemain, la température s'élève légèrement au dessus de la normale, mais ne tarde pas à descendre à 37°,4.

Les jours suivants, le malade éprouve encore quelques petits frissons. Le drainage vésical se fait bien, sommeil

tranquille, langue humide, les fils sont enlevés le septième jour.

Le malade complètement soulagé demande à sortir.

8 mai. — Le malade est revu, état général satisfaisant. Appétit excellent.

Le malade se promène avec un bloc hydrophile appliqué sur l'hypogastre.

L'orifice de l'urètre contre nature apparaît au fond d'une dépression, il est très étroit. C'est ce qui explique les besoins assez fréquents, indolores du reste, qu'éprouve le malade. L'incontinence ne se déclare que deux heures et plus après une première évacuation. Le malade prévenu vide sa vessie en se mettant dans une position déclive et en accomplissant des efforts d'urination.

On passe dans l'orifice une sonde n° 13 ou 14 en recommandant au malade cette manœuvre avant de songer à l'adaptation d'un obturateur en ivoire.

L'urine retirée est claire et sans odeur spéciale.

Les frissons n'ont plus reparu, l'appétit est excellent. Les fonctions digestives se font bien.

D'après les renseignements qui nous ont été fournis par M. le Dr Bollet, le malade aurait succombé quelques mois après à des complications pulmonaires.

L'incontinence était complète. Le malade peu soigneux négligeait fort sa fistule au point de vue des soins de propreté. Il supportait difficilement la canule obturatrice.

OBSERVATION IV (th. Bonan).

Troubles urinaires remontant à de nombreuses années, ayant nécessité de bonne heure le cathétérisme. — Depuis deux ans, miction par regorgement. — Cachexie urinaire. — Accidents suraigus de rétention. — Sondage impossible. — Cystostomie. — Mort.

J. N. soixante-quatorze ans, cultivateur à Saint-Chef (Isère). Entré le 25 mai 1890 pour accidents urinaires.

Début il y a dix ans par pollakiurie nocturne abondante.

On pratique le cathétérisme pendant plusieurs années.

Depuis deux ans, incontinence par regorgement. Depuis un mois, le malade ne se sonde qu'avec une extrême difficulté.

Digestion mauvaise. Inappétence.

Il y a huit jours, ne parvenant pas à introduire sa sonde il fit appeler un médecin qui y parvint avec beaucoup de difficulté et provoqua une urétrorragie.

Le 28 mai, le malade eut une vraie hématurie et vint à Lyon.

A son entrée, vessie pleine, distendue.

On essaye en vain le cathétérisme avec une sonde molle. Bouche et langue sèches. Soif intense, un peu de fièvre.

Incontinence par regorgement.

30 mai. — Cystostomie.

Légère amélioration. La fièvre persiste.

2 juin. — Température normale. Langue toujours sèche. Soif, état somnolent. Le malade se fait ramener chez lui où il meurt deux jours plus tard, cinq jours après l'opération.

OBSERVATION X (th. Bonan).

*Cystostomie sus-pubienne pour empoisonnement urinaire
d'origine prostatique.*

M. D..., soixante-quinze ans, est atteint depuis plusieurs mois d'accidents dyspeptiques mal définis, langue sèche, pâteuse, pharyngite, amaigrissement.

Depuis plusieurs mois, il urine par regorgement. Le 9 décembre 1889, le malade fait venir en consultation les D^{rs} Icard, Poncet et Vinay. A ce moment, il gardait le lit la plus grande partie de la journée.

État toujours mauvais des voies digestives. Température, 39 degrés le soir. On constate par le toucher une hypertrophie énorme de la prostate. Le cathétérisme pratiqué sans trop de difficultés malgré une irritabilité urétrale donne 1 litre au moins d'une urine claire ammoniacale.

On conseille le traitement général de l'intoxication urinaire en même temps que le cathétérisme pratiqué trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, suivant la quantité d'urine retirée à chaque sondage.

Le 15 décembre l'état général s'est plutôt aggravé, 37°,8 le matin, entre 38 et 39 degrés le soir.

Polyurie. — Chaque cathétérisme donne près d'un litre d'urine. Les sondages sont difficiles et mal supportés par le malade qui redoute le passage de la sonde.

L'analyse des urines donne les résultats suivants :

Sucre 33^{gr},90 par litre ;

Albumine, quantité notable.

Au microscope, nombreux globules de pus.

17 décembre 1889. — Cystostomie sus-pubienne.

Aucun incident opératoire.

Deux heures après, le malade est pris de délire. La nuit fut très mauvaise, agitation, demi-coma. Le lendemain état comateux. Respiration stertoreuse, phénomène de Cheyne Stokes.

Mort dans les trente-deux heures par urémie.

OBSERVATION XI (th. Bonan).

Accidents urinaires d'origine prostatique remontant à une dizaine d'années. — Cachexie. — Cathétérisme mal supporté. — Rétention aiguë. — Cystostomie. — Mort.

D. F..., soixante-neuf ans, concierge, demeurant à Lyon.

Douleurs vésicales remontant à dix ou douze ans. Rétention brusque il y a quelques années, ayant cédé au cathétérisme.

La dysurie devint continuelle et douloureuse. Polyurie diurne et nocturne. Il eut jusqu'à quarante-six mictions pendant la nuit. Défécation également douloureuse.

Le malade n'a jamais voulu se soumettre à un cathétérisme régulier.

A son entrée, 20 mars 1890, accidents prostatiques aigus, rétention absolue avec impossibilité du cathétérisme, fièvre, état général mauvais. Au toucher, prostate énorme.

M. Poncet n'arrivant pas à passer la sonde (le malade supporte très mal les tentatives de cathétérisme) pratique la cystostomie.

Amélioration post-opératoire passagère, fièvre persistante.

Les jours suivants les malaises généraux reparaissent. Inappétence complète. Le malade est cachectisé. Mort le 21 mai. Autopsie impossible.

OBSERVATION XII (th. Bonan).

Accidents répétés de rétention. — Cathétérisme impossible. — Ponctions aspiratrices. — Infiltration d'urine septique. — Cystostomie. — Mort.

Simon F..., soixante-dix-huit ans, cultivateur.

Troubles urinaires datant de deux ou trois ans. Pas d'accidents notables jusqu'aux quinze derniers jours.

Tout à coup, sans cause appréciable, rétention brusque complète. Incontinence par regorgement.

Le cathétérisme bi-quotidien pendant une quinzaine de jours devient très laborieux.

Le 10 juin 1890, le cathétérisme devient impossible. Le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu par son médecin.

A son entrée, état général alarmant. Le malade n'a pas uriné depuis trente-six heures. On constate des fausses routes. On pratique à deux reprises la ponction hypogastrique.

Le lendemain, température 39 degrés, œdème des bourses et de la partie inférieure de la paroi abdominale, qui est en même temps un peu rouge et sensible. Langue sèche et noirâtre.

M. Poncet pratique la cystostomie.

Phlegmon prévésical.

A l'ouverture de la vessie, issue d'une grande quantité d'urine d'odeur ammoniacale. Prostate volumineuse, mais sans saillie apparente dans la cavité vésicale.

15 juin. — Le malade se sent mieux, mais pouls rapide, soif, langue toujours noirâtre. La température persiste élevée.

16 juin. — L'état général s'est amélioré, presque plus de fièvre, retour de l'appétit, langue moins sèche.

Le malade demande sa sortie. D'après les renseignements que nous avons recueillis, il semble que le malade ait eu des accidents septicémiques auquel il a succombé huit jours après l'opération.

OBSERVATION XIII (th. Bonan).

Troubles urinaires remontant à plusieurs années. — Accidents graves d'intoxication urinaire. — Cathétérisme quotidien devenu intolérable, puis impossible. — Cystostomie. — Oblitération du méat au bout de huit mois. — Réapparition des symptômes d'empoisonnement urinaire chronique.

Cl. G., soixante-sept ans, cultivateur, demeurant à Reilly, entré pour accidents urinaires, le 25 avril 1892.

Aucune affection grave antérieure. Santé vigoureuse auparavant.

Les troubles urinaires remontent à dix ans (dysurie-pollakiurie très prononcée).

En 1887, première rétention absolue et brusque ayant duré dix-huit heures, avec symptômes généraux très graves. Les accidents cessèrent à la suite du cathétérisme pratiqué par un médecin. Depuis ce temps, cathétérisme quotidien et plusieurs fois par jour.

Depuis six ans, outre la dysurie et la pollakiurie, douleurs vives et cuisantes localisées au bas-ventre, irradiées au périnée, au gland.

A plusieurs reprises, hématuries, qui en 1887, furent si intenses qu'elles amenèrent chez lui une sorte de cachexie et déterminèrent son entrée dans le service du professeur Tripier, où il fut soumis à un traitement local (cathétérisme, lavage).

Depuis, cette hématurie s'est reproduite, surtout quand le malade pratiquait des cathétérismes répétés. Jamais de graviers dans les urines.

Depuis quatre semaines, les urines sont devenues troubles, épaisses, d'odeur ammoniacale. Douleurs vives dans le bas-ventre. Sommeil pénible. Il paraît avoir eu des accès de fièvre intense avec soif vive, constante. Appétit conservé.

Au toucher rectal énorme prostate impossible à délimiter avec le doigt.

Vu le mauvais état, la cachexie progressive menaçante, l'affaiblissement des forces, les urétrorragies favorisées par le cathétérisme devenu très fréquent et les accidents marqués de cystite, la cystotomie est proposée et acceptée.

Pas d'incident opératoire, 26 avril 1892. Par la plaie vésicale s'écoulent les 2 ou 300 grammes d'eau boriquée préalablement injectée, mélangée à un liquide séro-purulent.

La cicatrisation de la plaie a été longue à cause de l'épaisseur considérable de la paroi abdominale qui s'est sphacélée autour des points de suture.

Depuis, nous avons eu l'occasion de revoir ce malade.

Le 4 mars 1894, il revient à l'Hôtel-Dieu dans l'état suivant :

Le méat hypogastrique s'est maintenu pendant huit mois. Pendant tout ce temps, l'incontinence a été absolue.

Puis, peu à peu le méat s'est fermé, mais jamais la miction ne s'est spontanément rétablie par la verge.

Le malade a été forcé de nouveau de recourir au cathétérisme régulier, mais celui-ci était beaucoup plus facile qu'avant l'intervention. Quelques rares fois seulement, il a donné lieu à des hématuries.

A la suite de l'intervention, l'état général s'est considérablement amélioré. L'appétit est revenu, la fièvre a disparu, tout au moins tant que le méat hypogastrique est resté per-

méable et même longtemps après. Puis, peu à peu les symptômes ont reparu, et surtout depuis deux mois.

Actuellement, le méat est complètement oblitéré. On trouve à sa place une cicatrice déprimée, non douloureuse, mais le malade a de la cystite. Les urines sont troubles. Il n'a pas de frissons, mais un peu de température tous les soirs.

La langue est sèche, mais l'appétit est encore conservé, aussi refuse-t-il toute nouvelle intervention et se contente-t-il du cathétérisme qu'il pratique avec plus ou moins de facilité.

OBSERVATION XIV (th. Bonan).

Cystostomie pour accidents prostatiques de date ancienne. — Rétention et cystite. — Oblitération du méat hypogastrique. — Guérison.

Antoine S., soixante-six ans, marteleur, à Lorette (Loire), entré à l'Hôtel-Dieu, le 9 mars 1892. Bonne santé antérieure.

Les premiers accidents urinaires remontent à douze ans.

En 1880, apparurent des troubles de la miction (difficultés pour uriner, pollakiurie, douleurs dans le bas-ventre, la vessie, irradiées jusqu'au gland).

Jamais d'hématurie ni de graviers. Pourtant on lui aurait pratiqué à cette époque six séances de lithotritie.

A la suite, bonne santé jusqu'au mois de septembre 1881, date à laquelle réapparurent de nouveaux symptômes, douleurs vésicales lancinantes, irradiées au gland, mictions au nombre de dix à douze par jour, douloureuses. Jet d'urine filiforme, urines épaisses, troubles. Parfois arrêt brusque du jet dans la station verticale.

Pas d'altération grave de la santé générale, appétit conservé.

14 mars 1892. — L'exploration pratiquée avec l'instrument de Thompson ne révèle aucun calcul.

Cystostomie suivant la méthode habituelle.

Le lendemain, température 38°5. Le soir, elle revient à la normale.

Le malade sort content dix jours après.

Revenu quinze jours après, l'incontinence était intermittente. A l'aide d'un bandage et de pièces de pansement, le malade remédie à son infirmité. Le conduit hypogastrique n'était pas assez constitué pour permettre l'adaptation d'un appareil rigide quelconque.

3 février 1893. — Le malade envoie de ses nouvelles à M. Poncet. Le méat hypogastrique est oblitéré.

Le malade se porte bien en ayant soin de faire un usage régulier du cathétérisme.

25 juin 1894. — Le Dr Jayet nous envoie les renseignements suivants sur l'état actuel. La santé générale est excellente. Les fonctions urinaires se sont rétablies par les voies naturelles. Le malade se plaint seulement d'avoir des besoins fréquents d'uriner. Au niveau de la cicatrice, on trouve une tumeur réductible de la grosseur d'une orange.

OBSERVATION XV (th. Bonan).

Cystostomie pour accidents de rétention répétés chez un vieux prostatique. — Fausses routes. — Urétrorragies. — Oblitération du méat.

Ant. C..., soixante-treize ans, cultivateur, à Domessin (Savoie).

Bonne santé habituelle jusqu'à il y a trois ans, ou pour

la première fois il eut une rétention complète brusque traitée par des grands bains chauds, des cataplasmes, etc. et guérie.

Depuis des troubles urinaires notables s'établirent et s'accrochèrent progressivement. Mictions pénibles et douloureuses quatre à six fois le jour et autant la nuit. Insomnies. Amaigrissement. Affaiblissement général.

7 avril 1892. — Rétention brusque et complète sans cause appréciable. Le médecin étant absent le malade dut rester dans cet état jusqu'au lendemain matin, où il fut sondé et assez facilement.

Nouveau cathétérisme le soir et le lendemain matin, le dernier fut un peu difficile et suivi d'écoulement de sang. Son médecin lui conseilla alors de se rendre à Lyon.

Le malade arrive à l'Hôtel-Dieu le 19 au soir. Le cathétérisme tenté par l'interné est impossible et détermine une urétrorragie. Le lendemain M. Jaboulay essaye aussi, mais vainement, le sondage. Il pratique alors la cystostomie.

Le lendemain, pas de fièvre, sommeil possible. Le soulagement semble complet.

20 avril. — Quelques douleurs légères dues à un bouchon de coton et de muco-pus empêchant le libre écoulement de l'urine.

30 avril au 2 mai. — Le malade est en très bon état. Langue humide. Appétit. Les fils sont enlevés. L'orifice du nouvel urètre est assez étroit.

Dès ce jour, première tentative de dilatation à l'aide d'une courte cheville d'ivoire.

Le malade se lève de son lit environ toutes les deux heures pour vider sa vessie. Dans l'intervalle, l'incontinence est presque insignifiante. Le coton appliqué en permanence suffit à préserver les draps. Le malade arrive à vider mieux et aussi complètement que possible sa vessie, en prenant une position déclive et presque genu pectorale.

4 mai. — Les bords de la plaie sont complètement cicatrisés. On dilate l'orifice par l'introduction d'une cheville.

10 mai. — Le conduit a une direction oblique de haut en bas. Son orifice est à 1 pouce au-dessus de la symphyse. La longueur du trajet est de 3 à 3 centimètres et demi. Cicatrice légèrement déprimée en entonnoir.

Quand le malade est debout, la rétention est complète à l'aide d'une cheville droite et courte, maintenue par un bandage. Quand il est couché, la continence est spontanée et se fait sans le secours de la cheville.

3 septembre 1894. — Le malade va toujours bien. Il exerce son pénible métier de cultivateur. La miction s'est rétablie par les voies naturelles. La fistule est à peu près cicatrisée et ne laisse sortir que quelques gouttes à l'occasion de besoins pressants. De temps en temps le malade est forcé de recourir à la sonde.

OBSERVATION XVI (th. Bonan).

*Rétention d'origine prostatique. — Rupture vésicale. —
Tentative de cystostomie. — Mort.*

M. J.-B. P..., soixante-huit ans, charron. Entré à l'Hôtel-Dieu le 7 mars 1889.

A ce moment le malade était dans un état général grave. Il n'avait pas uriné depuis quatre jours.

On fait une ponction vésicale sans retirer aucune goutte d'urine.

La peau au-dessus du pubis et de chaque côté à une teinte rosée inflammatoire. Pas de vomissements.

La percussion ne révèle pas la présence de la vessie.

Cystostomie le 8 mars 1889. — On tombe dans une cavité

d'où s'écoule un liquide ammoniacal noir foncé. Il s'agit probablement d'une perforation de la vessie. Mort trois jours après.

Autopsie. — Péritonite suppurée, large perforation de la vessie en arrière d'où épanchement d'urine ammoniacale dans le petit bassin et la cavité péritonéale.

Hypertrophie énorme de la prostate.

OBSERVATION XVII (th. Bonan).

Cystostomie sus-pubienne pour cystite purulente chez un vieux prostatique qui est dans la nécessité de se sonder au moins toutes les demi-heures, et alors que le cathétérisme est parfois très difficile.

M..., vingt-cinq ans, demeurant à Autriaz (Ain).

Vieillard très amaigri par des troubles urinaires remontant à de longues années. Cathétérisme difficile, très fréquent (toutes les demi-heures).

Prostate énorme.

Cystostomie, le 2 avril 1890.

On décolle difficilement le péritoine de la paroi antérieure de la vessie (péricystite). A l'incision, il s'écoule un liquide purulent fétide, d'odeur ammoniacale, avec des fausses membranes.

Mort le 4 avril.

Autopsie. — Pyélonéphrite suppurée.

OBSERVATION XVIII (th. Bonan).

Cystostomie pour rétention d'origine prostatique. — Cathéterisme tenté inutilement la veille et accompagné d'urétrorragie. — Urines ammoniacales.

Colin Cl..., soixante-treize ans, R. hôtel de ville, Lyon.

Cystostomie, le 15 avril 1890.

Paroi abdominale très épaisse.

Issue d'un énorme jet d'urine projeté au delà du genou.
Urines ammoniacales.

Mort le 19 avril.

Autopsie impossible.

OBSERVATION XIX (th. Bonan).

Cystostomie pour rétention intermittente chez un vieux prostatique, avec empoisonnement urinaire.

T. Bl..., soixante-dix-sept ans, entré le 24 janvier 1892.

Cystostomie le 27 janvier 1892.

Pas d'incidents opératoire.

Mort le 28 janvier.

Autopsie. — Lésions rénales.

OBSERVATION XX (th. Bonan).

Rétention d'origine prostatique. — Fausses routes multiples. — Cystostomie. — Pyélo-néphrite. — Mort,

M. X..., vingt-cinq ans. Homme gros, très fort.

Rétention depuis vingt-quatre heures.

Tentatives inutiles de sondage par le malade et un médecin.

Fausses routes, dans lesquelles on s'engage en provoquant un écoulement sanguin abondant. La vessie remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Cystostomie le 1^{er} juillet 1889.

Urines d'abord claires, puis sanguinolentes, d'odeur ammoniacale.

Mort le 7 juillet.

Autopsie. — Pas de péritonite, pas d'infiltration, profondes fausses routes dans le bulbe de l'urètre. Foyers septiques à ce niveau. Lésions des bassinets et des reins. Prostate pesant 180 grammes avec développement énorme des lobes latéraux.

OBSERVATION XXI (th. Bonan).

Cystostomie pour rétention remontant à vingt-six heures.

— *Ponctions vésicales répétées.* — *Infection aiguë.*

R. Fr., soixante-treize ans. Entré le 16 septembre 1890.

Le cathétérisme était devenu impossible au dire du malade, même avec des sondes de très petit calibre.

Urétrorragie, il y a huit jours, à la suite d'un cathétérisme pratiqué à la campagne. Fausses routes.

De nouvelles tentatives faites avec la plus grande douceur s'accompagnent d'hémorragies.

Cystostomie. — La ponction de la vessie laisse écouler 1 litre 1/2 d'urine foncée, d'odeur fétide. Parois très vascularisées, friables.

Le malade sort guéri. M. Poncet a reçu à diverses reprises de ses nouvelles. Perdu de vue pendant l'année 1891, il a

succombé à l'Hôtel-Dieu le 25 janvier 1892. Malheureusement les résultats recueillis sont insuffisants pour déterminer la cause de la mort.

OBSERVATION XXII (th. Bonan).

Cystostomie sus-pubienne chez un vieillard pour rétention d'origine prostatique.

M. Z., soixante-neuf ans, demeurant à Lyon. Prostate énorme, impossibilité du cathétérisme. On est arrêté avant la prostate. Il existe probablement aussi un rétrécissement.

Cystostomie le 2 avril 1890.

Pas d'incident opératoire.

Prostate en forme de gros col utérin.

Le malade quitte l'hôpital après avoir séjourné trois semaines salle Saint-Louis.

Il a été impossible d'avoir sur lui des renseignements complémentaires.

OBSERVATION XXIII (th. Bonan).

Cystostomie pour accidents dysuriques remontant à plusieurs années, avec rétentions répétées, la dernière ayant nécessité à l'hôpital une ponction aspiratrice.

L. Nicolas, soixante-sept ans, cultivateur. Accidents urinaires anciens (10 ans).

Entré le 25 janvier 1892.

Arrive souillé de sang. Traces de cathétérisme resté, paraît-il, inutile.

Le malade prétend n'avoir pu évacuer sa vessie depuis trente-six heures.

Ponctions aspiratrices, urines claires avec traces de sang.

Cystostomie le 24 janvier 1892.

Aucune réaction locale.

Sortie en bonnes conditions le 29 janvier.

Pas de renseignements ultérieurs.

Mort dans le courant du mois de mars 1893.

OBSERVATION XXIV (th. Bonan).

Cystostomie pratiquée chez un vieux prostatique atteint d'accidents suraigus de rétention avec fausses routes, urétrorragie et coma. Guérison.

P., âgé de soixante-huit ans, envoyé par M. le Dr Preneux, de Chaponost, pour être opéré par M. Poncet.

La première fois que M. Preneux a vu le malade, il l'a trouvé dans une situation grave, ne pouvant passer que des sondes d'un très petit calibre. Quelque temps après, le cathétérisme devint impossible. « Le malade étant dans le coma et n'ayant que quelques heures à vivre, dit le Dr Preneux, je l'adressai à M. Poncet.

Quelques années auparavant, le malade avait déjà fait un séjour à l'Hôtel-Dieu pour des accidents de rétention, qui avaient cessé à la suite de ponctions vésicales. Mais, depuis le cathétérisme était souvent nécessaire, et, à diverses reprises, le malade s'était fait des fausses routes et avait eu des urétrorragies.

Cystostomie (avril 1888).

Quelques jours après le malade voulut retourner dans sa

famille et ne prit aucune précaution, ni du côté de son canal ni de sa plaie vésicale.

Il n'a jamais cherché à rétablir le cours normal des urines. Il ne voulait plus entendre parler de la sonde. Il ne fit rien non plus pour arrêter ou diminuer l'incontinence.

Il mourut en janvier 1890 avec de la cystite purulente.

OBSERVATION XXV (th. Bonan).

Prostatisme datant de quinze mois. — Accès de rétention. — Fausses routes. — Ponctions. — Cystostomie. — Sort guéri.

Benoît G..., quatre-vingt-un ans, marchand de chapeaux, à Néronde (Loire).

Rien dans les antécédents pathologiques, qui soit en rapport avec l'affection actuelle. Depuis quinze mois, troubles urinaires (mictions plus fréquentes la nuit, cinq ou six. Difficultés pour uriner. Efforts souvent infructueux).

Le 7 juin 1890, le malade fut pris de rétention, et passa la nuit dans les souffrances jusqu'au lendemain, où le médecin put passer une sonde en gomme. Une deuxième tentative fut sans résultat. Il fut envoyé alors d'urgence à l'Hôtel-Dieu, le 12 juin 1890.

A son arrivée, la rétention durait depuis quarante heures. On essaye de le cathétériser. Fausses routes, urétrorragie. On pratique deux ponctions hypogastriques. La rétention persistant, M. Poncet fait la cystostomie.

Vessie très distendue. Il s'écoule une quantité abondante d'urine couleur café.

13 juin. — Le malade se trouve bien, il a passé une bonne nuit. Fièvre légère, langue blanchâtre, facies excellent.

18 juin. — Etat toujours excellent. On enlève les fils. Le malade quitte l'Hôtel-Dieu. Depuis, le malade après avoir eu de l'incontinence pendant la première période, vit progressivement le méat hypogastrique se rétrécir, au point qu'il éprouvait une très grande difficulté à uriner par le méat sus-pubien.

Le D^r Gidon a bien voulu nous donner les renseignements complémentaires suivants. « Les suites de l'opération n'ont pas été bonnes. Le malade est mort, le 8 ou 9 octobre 1890, à l'Hôtel-Dieu, où il se rendait pour la seconde fois.

Il dégageait une telle odeur urinaire, qu'il n'osait plus sortir de chez lui.

OBSERVATION XXVI (th. Bonan).

Cystostomie pour accidents urinaires remontant à plusieurs années et nécessitant le cathétérisme d'une façon régulière.

X..., cultivateur, soixante ans.

Depuis un an, le cathétérisme est laborieux et provoque souvent des hématuries qui, au dire du malade, l'ont affaibli et anémié.

Rétention il y a un mois, ayant cédé à de grands bains répétés. Sensibilité extrême au cathétérisme depuis cette rétention. Quelques frissons.

Cystostomie le 25 décembre 1890.

Le malade sort guéri de ses accidents, quinze jours après l'intervention.

OBSERVATION XXVII (th. Bonan).

*Cystostomie sus-pubienne pour prostatisme avec douleurs
et envies fréquentes d'uriner.*

M. C..., soixante-deux ans, a subi il y a trois ans plusieurs séances de lithotritie pour un calcul qui avait, dit-il, le volume d'une noix. Après cette opération le malade n'a eu qu'à de très rares intervalles des symptômes urinaires. Depuis un an il a été repris d'envies fréquentes d'uriner et de temps à autre il a vu un peu de sang dans ses urines.

L'exploration de la vessie ne permet pas de sentir de calcul.

Le repos, les lavages n'amenant pas d'amélioration, M. Poncet pratique la taille sus-pubienne avec l'arrière-pensée de trouver un calcul.

On ne trouve rien dans la vessie qui est suturée à la peau.

Les douleurs disparaissent. Le malade se lève au bout de douze jours, il garde ses urines pendant quarante à cinquante minutes.

OBSERVATION XXVIII (th. Bonan).

*Prostatique ancien. — Infection urinaire chronique.
Rétention. — Cystostomie.*

H..., de soixante-douze ans, prostatique, amené à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint Pothin, avec une rétention absolue et un état général grave. 29 avril 1892.

Depuis longtemps il était gêné pour uriner. Il faisait journellement usage, pour combattre cette dysurie, d'un long fil de fer terminé par une sorte de bouton en os.

A son entrée le cathétérisme est très difficile et très douloureux. On arrive à passer une très petite sonde qui ne donne que quelques gouttes d'urine. Puis on pratique une ponction hypogastrique. L'urine est fétide et très trouble.

Le lendemain M. Gangolphe voit le malade, constate l'ouverture dans l'urètre d'un abcès de la prostate et, en présence de la difficulté du cathétérisme et de la gravité de l'état général, pratique la cystostomie.

On constate l'aspect gangreneux du tissu cellulaire péri-vésical.

La vessie incisée laisse écouler une urine purulente. A l'intérieur on trouve un fragment de l'étrange instrument employé par le malade pour se sonder.

Lavages abondants deux fois par jour. Tubes de Périer, maintenus pendant huit jours.

Le malade est toujours agité et délire, il n'a pas de fièvre.

Le 24 mai 1892, le malade va beaucoup mieux. Il répond bien aux questions qu'on lui pose, peut s'asseoir sur son lit et lire son journal.

Œdème des membres inférieurs et des bourses.

Localement, méat un peu déprimé donnant constamment issue à l'urine. Le trajet de ce conduit est légèrement oblique de haut en bas, long de 2 cm. 1/2 à 3 centimètres.

OBSERVATION XXIX

Cystostomie pour rétention chronique avec cachexie urinaire chez un vieux prostatique. — Incontinence partielle. — Formation secondaire de calculs.

M. L. G..., ancien juge, à Lyon, soixante-dix-huit ans, présentait depuis sept à huit ans des accidents de prostatisme. A la suite d'un accès de rétention, M. G..., fut obligé de

recourir définitivement au cathétérisme pour évacuer la vessie.

Depuis quinze mois, le malade souffre de plus en plus. Les envies d'uriner sont très fréquentes et nécessitent quinze à vingt cathétérismes dans les vingt-quatre heures. Les urines sont fétides, ammoniacales. L'amaigrissement est très prononcé et le malade présente tous les symptômes de la cachexie urinaire. C'est alors que M. Poncet est appelé et pratique le 27 mai 1892 la cystostomie sus-pubienne en présence de M. le professeur Rollet.

La vessie avait une muqueuse saignante, tapissée, deci delà, d'un enduit calcaire, c'était un véritable égout rempli de détrit. Le malade se remit promptement; quatre mois après l'opération, il avait engraisé de 7 kilogrammes et reprit sa vie habituelle. L'incontinence était à peu près complète et nécessitait le port d'un urinal.

En octobre 1892, douleurs vésicales et légères hématuries par le nouveau méat. M. Poncet pensa à la présence de calculs.

17 novembre 1892. — Anesthésie, débridement du nouvel urètre. On retire cinq calculs à noyau d'acide urique du volume d'un gros pois à une petite amande.

Une inspection minutieuse du réservoir révèle une transformation complète de cet organe. La muqueuse est lisse et saine et ne présente plus ni fongosités ni ulcérations appréciables au doigt. Cet organe de vieillard est devenu une vessie de jeune homme.

Depuis lors l'état général s'est maintenu excellent, mais à deux reprises on a dû de nouveau recourir au débridement du méat pour extraire de nouveaux calculs vésicaux. A chaque fois au bout de quelque temps, l'orifice se rétrécit, l'incontinence diminue au point que le patient peut arriver à garder ses urines pendant une heure et demie. Mais bientôt de

nouvelles douleurs se font sentir dénotant la formation de nouveaux calculs. Après leur extraction tout rentre dans l'ordre.

Chez ce malade les phénomènes de cystite n'ont jamais complètement disparu. Les urines sont toujours troubles, aussi chaque jour procède-t-il au lavage soigné de sa vessie et du pourtour de la fistule. L'incontinence est partielle, il porte un urinal, mais malgré son infirmité il conserve ses habitudes, fréquente le cercle, le théâtre.

Actuellement (octobre 1894) il revient de la campagne, où il a fait un séjour de quelques mois et a engraisé de 5 kilogrammes.

OBSERVATION XXX

Cystostomie sus-pubienne pour rétention brusque d'urine datant de dix jours chez un homme de soixante-deux ans. — Empoisonnement urinaire. — Langue sale. — Anorexie complète.

Le malade qui présentait auparavant quelques troubles fonctionnels prostatiques insignifiants, mais qui n'avaient nécessité jusqu'alors aucun sondage, fut pris vers le milieu du mois de mai 1892 d'une rétention brusque d'urine, à la suite d'excès de table. Il fut alors sondé assez facilement par son médecin, le Dr Charvet, de Chazey, mais après quelques jours le cathétérisme devint impossible et depuis dix jours, la vessie n'a pu être vidée que par des ponctions sus-pubiennes faites à des intervalles variés, au nombre de six.

Lorsque M. Poncet vit le malade, le 26 mai 1892, une tentative de cathétérisme provoqua une légère hémorragie et ne permit pas d'arriver dans la vessie.

La cystostomie fut pratiquée séance tenante. Elle présenta certaines difficultés en raison de l'adipose du sujet et de la résistance des grands droits, sous forme de deux sangles anormalement tendues.

Le tissu prévésical était grisâtre, offrant tous les signes d'une inflammation septique, mais il n'existait pas d'infiltration urineuse à proprement parler.

A l'ouverture de la vessie profondément située, il s'écoule trois quarts de verre d'une urine acajou, d'odeur ammoniacale. Six points de suture fixent vessie et paroi.

29 mai. — L'urine s'écoule par la plaie, mais l'état général du malade est médiocre. Langue épaisse, sale, température 39 degrés.

La paroi abdominale est douloureuse au voisinage du nouveau méat, surtout à gauche. M. Poncet fait sauter les points de suture du côté correspondant.

30 mai. — Il existe un phlegmon dont le point de départ est le tissu cellulaire prévésical infecté, particularité que l'on avait constatée pendant l'opération. M. Poncet fait une incision de 6 centimètres dans ces tissus phlegmoneux. A partir de ce moment, amélioration progressive.

14 juin. — Le malade quitte la maison de santé allant bien. L'urine s'écoule constamment par la plaie qui, en raison d'un certain degré de sphacèle des bords a des dimensions anormales.

21 juin. — M. Poncet a des nouvelles de son opéré. L'urine s'écoule constamment par le nouveau méat, cependant, depuis son départ, M. F. aurait uriné deux fois par la verge. Etat général excellent, soif intense, surtout le soir.

4 juillet. — Depuis huit à dix jours, il ne passe plus d'urine par le méat hypogastrique. Sept à huit mictions dans les vingt-quatre heures, trois la nuit. Elles ne sont pas douloureuses, sauf une légère cuisson à l'extrémité de la

verge. Méat en entonnoir à peu près complètement fermé. Bon état général.

19 octobre 1892. — M. Poncet revoit le malade. Le méat hypogastrique n'est plus représenté que par une cicatrice sous-ombilicale déprimée, répondant à la plaie sus-pubienne oblitérée depuis le mois de juillet.

9 juin 1893. — Il existe tout à fait à l'angle inférieur de la cicatrice un petit pertuis à peine des dimensions d'une tête d'épingle, d'où l'urine s'échappe quelquefois sous forme d'un très petit filet lors de la miction. Quelquefois aussi, sans que le malade s'en aperçoive, lorsqu'il fait un effort il se sent mouillé. Cette fistulette existe depuis une dizaine de mois.

Le malade va très bien, mictions beaucoup moins fréquentes qu'avant l'opération.

5 juillet 1894. — Le D^r Charvet nous communique les renseignements suivants :

L'état général est excellent.

La miction se fait par les voies naturelles toutes les quatre ou cinq heures.

La fistule est oblitérée, sauf un très léger petit pertuis par où suinte de temps en temps un peu d'urine.

Depuis l'opération, M. F. a eu deux ou trois fois quelques légers accidents de prostatisme, mais pas de rétention complète.

OBSERVATION XXXI

Cystostomie sus-pubienne pour rétention d'origine prostatique et infiltration urinaire sus-pubienne consécutive à une ponction capillaire.

M. M., soixante-trois ans est un homme d'apparence vigoureuse, qui depuis trois ans présente des troubles fonc-

tionnels d'origine prostatique. Il avait l'habitude chaque jour avant de se coucher, de pratiquer le cathétérisme qui était du reste facile.

Il y a trois jours, accidents brusques de rétention. Le malade ne peut pas pénétrer dans la vessie avec sa sonde. Le médecin n'est pas plus heureux et fait une fausse route.

Trois ponctions capillaires ont été depuis lors pratiquées.

Lorsque M. Poncet vit le malade dans l'après-midi du 17 juin 1892, la dernière ponction, qui avait été pratiquée le matin, avait été faite à blanc. Le ventre était un peu ballonné, surtout au-dessus du pubis où l'on constatait un certain empâtement. Pas de vomissements.

Malade anxieux, langue sèche. Température 38°5.

La cystostomie est pratiquée avec l'assistance du Dr de Wezyck.

La ligne blanche incisée, issue en abondance d'urines ammoniacales infiltrées dans le tissu cellulaire prévésical.

Incision de la vessie près du col. Trois calculs phosphatiques du volume d'une grosse noisette.

Un calcul plus volumineux, du volume d'une petite noix, est extrait en dernier lieu.

En raison de l'état du tissu cellulaire prévésical qui est grisâtre, sphacèle, M. Poncet ne pratique pas la suture de la vessie à la paroi.

21 juin 1892. — M. Poncet reçoit les renseignements suivants : pas d'hémorragie, écoulement facile de l'urine, ventre ballonné, vomissements, état nauséux, hoquet.

M. Poncet pense à une péritonite provoquée par le coup de trocart à blanc qui a dû intéresser le cul-de-sac péritonéal.

26 juin. — Grande amélioration.

4 juillet. — Le malade va très bien.

21 juillet 1892. — D'après les renseignements fournis par le médecin, le malade reste environ quatre à six heures sans

uriner. Continence parfaite. On le sonde seulement deux fois par jour, par le nouvel urètre, avec une sonde de femme qui passe facilement. Il ne s'écoule pas une goutte d'urine par l'urètre.

A la date du 5 décembre 1892, M. le Dr de Wezyck donne les renseignements suivants sur le malade :

Deux mois après l'opération, le malade laisse la plaie hypogastrique se fermer, trouvant le cathétérisme douloureux par cette voie.

Les fonctions se rétablirent par l'urètre normal et jusqu'à sa mort le malade urina par la verge avec plus ou moins de difficulté.

Seulement, rapidement des phénomènes de cystite et d'infection urinaire reparurent avec intensité. Le malade se cachectisa peu à peu.

Au bout de trois mois, il succombait en présentant des accidents de broncho-pneumonie.

OBSERVATION XXXII

Cystostomie sus-pubienne pour cystite infectieuse aiguë, survenue dans le cours de cathétérismes pratiqués chez un prostatique déjà atteint d'empoisonnement urinaire chronique.

M. B..., soixante-quinze ans, a depuis deux ans des troubles de la miction caractérisés par des envies plus fréquentes d'uriner. Dans le courant de l'été de 1892, il a présenté des troubles gastriques très accentués, ayant succédé à une pachyméningite cervicale qui, d'après le Dr Bouveret, s'était accompagnée de douleurs atroces dans le membre supérieur. Depuis, affaiblissement considérable. Séjour prolongé au lit.

Anorexie à peu près complète. Teinte jaune paille de la peau. On pouvait songer à un cancer de l'estomac.

Le 29 octobre, rétention d'urine. Le cathétérisme est exécuté facilement et pratiqué régulièrement, à partir de ce jour, deux à trois fois dans les vingt-quatre heures. Pendant les trois premiers jours, soulagement bien net.

Le 25 octobre, le malade est pris d'envies plus fréquentes d'uriner. Dysurie. Ténésme.

Les jours suivants, douleurs continuelles. Accès paroxystiques. Cathétérisme douloureux et mal supporté.

1^{er} novembre. — Injection de XV à XX gouttes de nitrate d'argent à 1/50. Le malade urine seul.

2 novembre. — Face pâle, décolorée, œil vitreux. Pouls, 140. Vessie formant une boule dure au-dessus du pubis. Urines troubles, très ammoniacales. Cystostomie avec l'assistance du D^r Curtillet. Une demi-heure après, frissons, claquements de dents pendant une heure.

3 novembre. — Les accès de cystalgie ont disparu, mais l'état général reste grave.

6 novembre. — Le malade succombe, emporté par les accidents d'empoisonnement urinaire.

OBSERVATION XXXIII

Cystostomie chez un vieux prostatique atteint d'empoisonnement urinaire chronique. Malade diabétique. Mort d'érysipèle.

S..., Philibert, soixante-dix-huit ans, cultivateur.

Difficulté pour uriner depuis plusieurs années. Il y a trois ans, rétention complète qui cède au cathétérisme. A la suite, le malade se sonde lui-même pendant trois mois, puis les

fonctions naturelles reviennent. Pourtant, de temps à autre, il était encore forcé d'avoir recours à la sonde pendant la nuit.

Dans les deux dernières années, il était forcé d'uriner toutes les heures environ. L'urine s'écoulait goutte à goutte, au prix de grands efforts.

Depuis un mois, aggravation considérable des symptômes. Cystite intense. Urines purulentes, comme du lait, dit le malade. Langue sèche. Anorexie. Pourtant pas de fièvre.

Cet homme est envoyé en chirurgie d'un service de médecine où il était soigné pour le diabète.

Les premiers jours, le cathétérisme est assez faible. Mais le 25 novembre on fait une fausse route et on provoque une hémorragie. Etat général très mauvais. Cystostomie pratiquée par M. le Dr Orcel, chef de clinique.

27 décembre. — Érysipèle occupant tout le dos.

31 décembre = Mort.

Autopsie. — Fausse route dans la région bulbaire. Enorme prostate du volume d'un œuf de dinde, saillante dans la vessie. Cystite purulente. Vessie à colonnes. Muqueuse ardoisée. Pyélo-néphrite suppurée. Uretères dilatés du volume d'une plume d'oie, remplis de pus. Reins sclérosés.

OBSERVATION XXXIV

Cystostomie pour rétention ancienne, d'origine prostatique avec empoisonnement urinaire chronique.

V. Alphonse, soixante dix-neuf ans, cultivateur.

Troubles urinaires depuis huit ans environ. Assez souvent, il était obligé de se sonder (une ou deux fois par mois), après quoi les mictions redevenaient possibles. Plusieurs fois

cependant, ne réussissant pas à se sonder lui-même, il a dû être transporté à l'Hôtel-Dieu où on l'aurait ponctionné une fois.

29 novembre 1892. — Rétention complète. Le malade ne peut pas se sonder. Légère urétrorragie. A son arrivée à l'hôpital, vessie moyennement distendue. Le cathétérisme échoue avec une sonde molle et avec une sonde à bécuille. On passe avec une sonde à grande courbure. On retire 1 litre environ d'urines fortement colorées avec un peu de pus dans les dernières portions.

En raison des difficultés du cathétérisme et du mauvais état général du malade. M. Orcel, chef de clinique, pratique la cystostomie.

12 décembre. — Le malade quitte l'hôpital toujours très cachectique. L'urine s'écoule par le méat hypogastrique dont les bords ont une teinte grisâtre due au sphacèle des tissus superficiels.

D'après les renseignements recueillis auprès du curé du village, ce vieillard serait mort en septembre 1893, après avoir beaucoup souffert, son état s'étant compliqué d'une toux qui lui faisait pousser des plaintes continuelles.

OBSERVATION XXXV

Cystostomie sus-pubienne pour rétention d'origine prostatique avec empoisonnement urinaire chronique.

M. C., soixante dix-huit ans, de l'Arbresle, est envoyé à M. Poncét par le Dr Sainclair le 8 décembre 1892. Depuis longtemps, les mictions étaient difficiles et douloureuses.

Au moment où le Dr Sainclair vit le malade, la rétention était absolue avec des troubles généraux graves, fièvre, délire, muguet.

Pendant plusieurs jours, le D^r Sainclair peut passer des sondes, quand brusquement, le 6 décembre, le cathétérisme devient impossible.

Lorsque M. Poncet vit le malade, il avait une rétention complète, et était en état d'empoisonnement urinaire aigu.

La cystostomie est pratiquée immédiatement. Il s'écoule un demi-litre d'urine sanguinolente et d'odeur ammoniacale.

9 décembre. — Le malade a souffert un peu dans la nuit à cause d'une évacuation imparfaite par le nouveau méat.

13 décembre. — Le malade qui avait eu jusque-là une anorexie absolue, s'alimente un peu. L'urine s'écoule facilement.

23 décembre. — M. C. quitte la maison de santé avec un urètre incontinent.

Le 4 janvier 1893, il succombe d'affaiblissement progressif.

OBSERVATION XXXVI

Cystostomie sus-pubienne pour accidents d'origine prostatique. — Empoisonnement urinaire suraigu.

G. Pierre, soixante-quinze ans, Saint-Martin-le-Haut (Rhône). Troubles de la miction remontant à dix-huit mois (mictions difficiles fréquentes surtout la nuit, etc.). Depuis quinze jours, aggravation de symptômes à la suite d'un refroidissement, puis rapidement, rétention absolue. Un médecin appelé pratique le cathétérisme et depuis, on est forcé de recourir chaque jour à la sonde pour faire uriner le malade.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente tous les signes d'un empoisonnement urinaire grave. Température, 38°,4, frissons, anorexie absolue, langue sèche et rôtie, etc.

9 mars. — Cystostomie. Il s'écoule une urine fétide, mêlée de sang et de pus.

Pendant les jours suivants, la température s'abaisse un peu, mais oscille toujours entre 38 et 39 degrés. L'état général reste grave.

22 mars. — Hémorragie abondante, provenant du bas-fond vésical.

22 mars. — Mort.

OBSERVATION XXXVII

Cystostomie pour rétention et infection urinaire aiguë.

L... François, soixante et onze ans, cultivateur à Saint-Symphorien-d'Ozon.

L'affection actuelle remonte au moins à dix ans. A cette époque, accès de rétention aiguë qui cède au cathétérisme.

Il y a deux ans, nouvel accès de rétention. Cathétérisme. A la suite les fonctions se rétablissent de nouveau normalement et le malade ne remarque plus aucun trouble du côté des voies urinaires.

Il y a deux mois nouveaux troubles, mictions plus fréquentes, douloureuses. Bientôt rétention. Pendant trois semaines le malade est sondé par un médecin. Puis le cathétérisme devenant impossible on pratiqua une série de ponctions hypogastriques.

Enfin le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu, le 12 avril 1893.

A son entrée, rétention absolue. On passe sans trop de difficulté une grosse sonde. Les urines retirées sont purulentes.

3 avril. — La rétention persiste. L'état général est mauvais la température s'élève à 40°4. En présence de ces accidents on se décide à la cystostomie.

4 avril. — Opération pratiquée par M. le Dr Orcel. Pas d'accident opératoire. Les jours suivants, la température tombe peu à peu. A partir du 6 avril, elle ne s'élève plus au-dessus de 38°5.

Enfin vers le 5 elle est à la normale et s'y maintient.

4 mai. — Le malade commence à retenir les urines.

12 mai. — La place abdominale tend à s'oblitérer. Les urines sortent par la verge. On explore le trajet fistuleux qui est oblique en haut et en arrière et long d'environ 3 centimètres.

20 mai. — Depuis l'exploration le malade urine de nouveau par la plaie vésicale et retient ses urines une demi-heure ou trois quarts d'heure. Il en passe aussi un peu par la verge. Etat général excellent.

3 septembre 1894. — D'après les renseignements que nous avons pu recueillir ce vieillard est toujours bien portant. Les urines passent par la verge et par la fistule, mais celle-ci tend à s'oblitérer et est même restée fermée pendant trois mois. Pendant ce temps le malade fut obligé de recourir plus fréquemment à l'usage de la sonde.

OBSERVATION XXXVIII

*Rétention d'origine prostatique. Empoisonnement aigu.
Cystostomie sus-pubienne. Guérison.*

M... L... , soixante-quinze ans, capitaine en retraite.

Depuis quinze ans environ, accès fréquents d'urines. A trois reprises différentes accidents de rétention ayant cédé au cathétérisme et aux lavages de la vessie. Mais l'évacuation de l'organe restait toujours incomplète. Parfois incontinence par regorgement

6 avril. — Sondage et lavage de la vessie par M. le Dr Rondet, de Neuville, qui amènent une amélioration.

Nouveau sondage vingt-quatre heures après, frisson intense, température 40 degrés. Les jours suivants jusqu'au lundi 10 avril, la température oscille entre 39 et 40 degrés. Langue sèche, rouge sur les bords, fendillée, comme une langue spécifique. Lèvres et dents recouvertes de fuliginosités. Etat général extrêmement grave. Cystostomie pratiquée le 10 avril dans la soirée avec l'assistance du Dr Rondet. Le malade est dans un état grave avec angoisse, agitation, subdélirium presque continu.

12 avril. — Souffrances dans la nuit, provoquées par des caillots empêchant l'urine de couler.

17 avril. — Grande amélioration depuis que l'urine coule librement. La température est revenue à la normale. Le malade ne souffre plus. Trois semaines après l'opération le malade commence déjà à retenir ses urines. Tous les symptômes d'empoisonnement urineux ont progressivement disparu.

Actuellement (juillet 1894), M. L. jouit d'une santé excellente. Il n'a plus jamais de frissons. Les fonctions digestives sont parfaites. Son méat hypogastrique est absolument continant. La nuit pas une goutte d'urine ne s'écoule spontanément. Le malade éprouve toutes les cinq heures environ le besoin d'uriner.

L'urine s'écoule alors soit avec un léger jet, soit en bavant et en descendant le long de la verge.

Au point de vue de sa disposition le méat est infundibuliforme. Autour de lui existe une large éventration par où les fissures font saillie. Il semble par conséquent que chez ce malade la continence ne soit pas due à l'action des muscles droits tendus formant sphincter.

OBSERVATION XXXIX

Cystostomie pour rétention et infection urinaire aiguë.

L. Claude, vingt-cinq ans, cultivateur.

Légers troubles urinaires depuis plusieurs années.

Il y a quatre ans, rétention complète. Cathétérisme, tout rentre dans l'ordre.

Depuis un an, aggravation marquée des symptômes. Mictions plus fréquentes et plus difficiles.

Il y a dix jours, rétention aiguë. Le médecin appelé arrive après plusieurs tentatives à passer une sonde molle, mais en provoquant une hémorragie assez abondante.

Le surlendemain, persistance des accidents. Cathétérisme impossible. On pratique une ponction sus-pubienne et le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu.

2 mai 1893. — A son arrivée, vessie remontant à l'ombilic. Malade anxieux, facies animé. Température rectale 39°,3. Langue sale collante.

Cystostomie. — Il s'écoule un flot d'urines louches, d'odeur fortement ammoniacale.

Le malade se rétablit lentement. Les troubles gastro-intestinaux persistent pendant les jours suivants. Il existe un peu d'induration phlegmoneuse autour de la plaie dont les bords ont un aspect grisâtre diphtéroïde.

22 mai. — Le malade quitte l'hôpital en meilleur état, mais perdant toutes ses urines.

D'après les renseignements que nous avons pu obtenir avec peine, ce vieillard serait actuellement (septembre 1894) encore vivant, mais en mauvais état.

OBSERVATION XL

Cystostomie sus-pubienne pour rétention aiguë d'origine prostatique.

G. Jean, soixante et onze ans, cultivateur, à Saint-Just-la-Pendue (Loire).

Troubles de la miction remontant à un an environ.

Le 1^{er} juin 1893, rétention aiguë.

M. le D^r Hanotte, appelé auprès du malade ne peut pas parvenir à le sonder et l'envoie à l'Hôtel-Dieu.

A son arrivée à l'hôpital, la vessie était très distendue remontant jusqu'à l'ombilic. Les tentatives de cathétérisme avaient déterminé une abondante urétrorragie.

Le malade est alors vu par l'interne de garde M. Lagoutte, qui essaye de nouveau de passer des sondes.

Ces tentatives pratiquées avant et pendant l'anesthésie sont vite abandonnées en raison de fausses routes préexistantes et de l'hémorragie qu'elles provoquent.

Immédiatement M. Lagoutte pratique la cystostomie. Issue d'une quantité abondante d'urine claire.

15 juin. — Le malade quitte l'Hôtel-Dieu, perdant toutes ses urines. Simple méat.

1^{er} juillet. — Même état, rien ne passe par la verge. Le malade emporte un appareil.

10 juillet. — Le D^r Hanotte envoie des nouvelles du malade. L'urine s'écoule toujours. L'appareil obture mal l'orifice hypogastrique.

10 juin 1894. — M. le D^r Hanotte veut bien nous donner les renseignements suivants :

La plaie est complètement cicatrisée sans la moindre complication.

La miction se fait régulièrement par l'urètre.

L'état général est bon. Malheureusement le malade est atteint de démence sénile.

OBSERVATION LXI

Rétention complète chronique aseptique. — Incontinence par regorgement. — Cystostomie. — Oblitération du méat.

F. Jean, soixante-deux, cultivateur.

Troubles de la miction depuis un an environ.

Il y a un mois rétention complète. Depuis ce jour le malade urine par regorgement.

Il n'a jamais été sondé.

A son arrivée à l'hôpital, il porte en sautoir une gourde, dans le goulot de laquelle il place l'extrémité de la verge et qui reçoit l'urine goutte à goutte.

Vessie distendue. Urines non purulentes.

Bon état général, pas de fièvre, mais manque absolu d'appétit. Amaigrissement. Teinte jaunâtre des téguments.

9 juin. — Cystostomie par M. Orcel, chef de clinique chirurgicale.

Le malade, affaîssi pendant les premiers jours post opératoires se relève peu à peu. Il commence à manger.

22 juin. — L'état s'aggrave. Température 39 degrés. Râles dans les deux poumons, subdélirium.

23 juin. — Plaque érysipélateuse sur la joue gauche.

2 juillet. — Le malade qui avait été isolé rentre dans la salle guéri de son érysipèle. Bon état général. Les urines s'écoulent constamment par le nouveau méat.

8 juillet. — Le malade conserve ses urines toute la nuit

il ne mouille plus son lit. Lorsqu'il est debout, on voit l'urine s'écouler sur le pubis. Le méat est de la grosseur d'une tête d'épingle, le canal n'a qu'une longueur d'un centimètre au plus. Excellent état général.

Actuellement (septembre 1894), la guérison est complète, la fistule hypogastrique oblitérée. Les mictions sont normales. La santé parfaite.

OBSERVATION XLII

Cystostomie pour rétention d'origine prostatique. — Oblitération du méat hypogastrique.

Ch. . ., François, cinquante-sept ans, cultivateur à Crestet (Ardèche).

Troubles urinaires remontant à plusieurs années (diminution de calibre et de force du jet, mictions plus fréquentes, etc.). A plusieurs reprises, gêne considérable pour uriner, mais jamais de rétention absolue.

Depuis deux mois, exagération des troubles de miction.

Enfin, depuis huit jours, rétention complète.

Plusieurs cathétérismes sont pratiqués par le médecin avant l'envoi du malade à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, vessie distendue, rétention absolue, mais bon état général. Pas de fièvre ni de signe d'infection urinaire.

Du 10 au 13 juin 1893, le cathétérisme est pratiqué régulièrement avec plus ou moins de facilité.

13 juin. — Cathétérisme difficile, hémorragie, M. Jaboulay essaye en vain de le pratiquer. La cystostomie est décidée et pratiquée par M. Villard, interne du service, prosecteur à la Faculté.

3 juillet. — Les suites ont été normales. Le malade sort avec un excellent état général, il peut retenir ses urines pendant une heure ou une heure et demie.

La longueur du canal hypogastrique est de 23 millimètres.

23 novembre 1893. — Le malade revient à l'Hôtel-Dieu avec de nouveau une rétention complète. L'orifice abdominal s'est fermé spontanément et les fonctions s'étaient rétablies par l'urètre.

A la peau du méat hypogastrique on trouve une saillie acuminée d'apparence furonculaire et fluctuante, et constituée uniquement par l'épiderme soulevé. Anorexie. Langue visqueuse. Température 37°,7.

Incision de la saillie, quelques gouttes de liquide purulent s'écoulent; mais la vessie ne peut se vider complètement qu'après l'introduction, dans le trajet du néo-canal que l'on retrouve facilement, d'une sonde cannelée. Débridement sur la sonde avec un bistouri, l'index introduit reconnaît un canal long de 3 à 4 centimètres environ, à parois lisses muqueuses.

7 décembre 1893. — Le malade quitte l'hôpital. La miction tend de nouveau à se rétablir par les voies naturelles. La fistule abdominale ne laisse plus suinter que quelques gouttes d'urine.

OBSERVATION XLIII

Cystostomie pour empoisonnement urinaire d'origine prostatique. — Mort. — Pyélo-néphrite.

G..., Charles, soixante-dix ans, demeurant à Lyon.

Début des troubles urinaires, depuis un an environ (mictions plus fréquentes, diminution de volume et d'amplitude du jet, gêne de la miction, etc.).

Depuis un mois, le malade est forcé de se sonder fréquemment lui-même.

Enfin depuis huit jours l'urination est tout à fait impossible sans le secours du cathétérisme.

L'état général qui depuis plusieurs mois s'était progressivement altéré (troubles digestifs, céphalée) s'aggrave brusquement. Hoquet, frisson après chaque cathétérisme, langue sèche, anorexie absolue, vomissements. Température 40°,7.

24 juin 1893. — En raison de cet état grave et bien qu'on pût passer assez facilement une sonde, M. Poncet pratiqua la cystostomie.

A signaler comme difficulté opératoire, l'épaisseur du pannicule adipeux sous-cutané.

25 juin. — Pas une goutte d'urine n'est sortie par la plaie, on a dû sonder le malade pendant la nuit.

Le fait est dû, probablement, à l'étroitesse de l'orifice vésical, à l'épaisseur des parois abdominales, au non-parallélisme des lèvres des plaies vésicale et pariétale. On fait sauter les fils et on place une sonde dans la plaie.

26 juin. — L'écoulement est assuré et se fait par la sonde et autour d'elle.

27 juin. — État toujours grave, hoquet, vomissements persistants, urines peu abondantes. Le malade ne se plaint pas, indifférent à tout.

29 juin. — L'état général s'améliore, la langue est meilleure, la température n'est plus que de 38 degrés.

2 juillet. — Le malade sort. Les phénomènes ont disparu.

10 juillet. — On le ramène mourant.

Autopsie. — Rien du côté de l'urétro-prostate, de volume moyen avec un lobe médian en forme de luette.

Vessie dilatée, à cellules ; teinte ardoisée de la muqueuse, urines purulentes et fétides.

Uretères légèrement dilatés à la partie inférieure.

Du côté des reins, lésions anciennes de pyélo-néphrite. Substance corticale très diminuée, presque complètement disparue du côté gauche. Dilatation surtout de ce côté du bassin et des calices.

OBSERVATION XLIV

Infection urinaire chronique. — Cystostomie. — Mort.

F. J.-B., soixante-quatorze ans, cultivateur, entré le 15 juillet 1893. Hôpital de la Pitié, service de M. Reclus.

Début des troubles urinaires en 1888 (fréquence des mictions, sensation de pesanteur au périnée, diminution du jet, etc.).

A cette époque, séjour à l'hôpital Necker, dans le service de M. Guyon. Amélioration à la suite du traitement.

En janvier 1891, accès de rétention aiguë qui cède en deux ou trois jours.

Mais depuis les troubles ne font que s'accroître. Le 12 juillet, nouvel accès de rétention absolue, qui amène le patient à l'hôpital.

A ce moment, le malade urine par regorgement. On essaye de pratiquer le cathétérisme, on constate l'existence de fausses routes dues à des tentatives précédentes. Enfin, M. Reclus parvient à passer une sonde à bécuille n° 17, qui est laissée à demeure.

Les jours suivants, lavages forcés pratiqués régulièrement.

23 juillet. — On enlève la sonde pour la nettoyer, et on passe des Béniqué 31 et 32.

25 juillet. — Nouvelles explorations avec les Béniqué, mais à la suite, il est impossible de replacer la sonde à demeure. Le soir, à 2 heures, nouvelle tentative infructueuse, ponction de la vessie.

27 juillet. — M. Reclus essaye sans résultat de replacer la sonde, nouvelle ponction qui donne 1800 grammes d'urine

fétides, état général grave, langue saburrale, teint jaunâtre, diarrhée.

28 juillet. — Même état, nouvelle ponction, 1 litre d'urines fétides, température 38°3.

29 juillet. — M. le professeur Poncet pratique la cystostomie. La paroi abdominale est infiltrée de produits inflammatoires indiquant la formation d'un phlegmon prévésical. La vessie est remplie d'urines purulentes horriblement fétides.

Le lendemain, le malade paraît en voie d'amélioration, la température revient à la normale.

Mais les jours suivants, les symptômes d'empoisonnement urinaires continuent à évoluer, la température remonte, la langue est rôtie, l'auscultation donne des signes de broncho-pneumonie. Enfin le 4 août, le malade meurt.

Autopsie. — Œdème et congestion des deux poumons, cœur hypertrophié, foie cirrhotique avec un kyste hydatique à parois calcifiées.

L'urètre présente deux fausses routes en arrière de la symphyse pubienne.

Prostate hypertrophiée du poids de 70 grammes avec un lobe médian.

Vessie à colonnes, à parois épaisses. En avant d'elle et derrière la symphyse, collection purulente.

Uretères légèrement dilatés à la partie inférieure.

Reins remplis de petits abcès miliaires disséminés surtout dans la substance corticale.

OBSERVATION XLV

*Cystostomie sus-pubienne pour empoisonnement urinaire
provoqué par sonde à demeure.*

M. Pl..., soixante-dix ans, d'apparence vigoureuse.

Début des accidents, le 1^{er} novembre 1893.

Jusqu'alors, pas de prostatisme appréciable.

Rétention aiguë le soir du mariage de sa fille.

Après certaines difficultés, le médecin appelé peut pratiquer le cathétérisme. Les jours suivants, on place une sonde à demeure, qui paraît d'abord remplir très bien l'indication, mais bientôt frisson intense. La température s'élève rapidement à 39 degrés, puis 40, pour atteindre 40°7 le 10 novembre au soir.

La sonde à demeure est enlevée naturellement dès le début de ces accidents. On pratique plusieurs fois par jour le cathétérisme suivi de lavages boriqués.

Ces sondages sont extrêmement pénibles pour le malade, qui souffre du reste d'une cystalgie atroce aussitôt que la vessie renferme quelques gouttes d'urine. Au moment où M. Poncet voit le malade, la situation est excessivement grave. Température, 40°5; teinte jaunâtre de la peau, dyspnée intense, langue carminée, sèche, etc.

11 novembre. — Cystostomie avec l'aide de MM. les Dr^s Cordier et Dron, et Lagoutte, interne des hôpitaux. Petite vessie globuleuse, à parois peu épaisses. Il s'écoule après émission une certaine quantité d'urines fortement colorées.

14 novembre. — Le malade meurt dans la nuit avec une température de 41°,7.

Après l'intervention les douleurs avaient disparu, mais les phénomènes infectieux avaient continué à évoluer rapidement.

OBSERVATION XLVI

Cystostomie chez un prostatique avec infection urinaire.

M... G..., soixante-sept ans, menuisier, demeurant à Lyon.

Début des troubles de la miction, il y a un mois et demi seulement.

Premier accès de rétention il y a quinze jours. Cathétérisme à cette occasion.

Depuis lors, le malade n'urine que rarement seul. Il est forcé d'avoir recours à la sonde.

A son entrée à l'hôpital, 10 novembre 1895, le cathétérisme est assez facile. Les urines sont troubles. La langue est sèche, la température de 39 degrés. En somme, signes d'infection urinaire.

Cystostomie. Du bas-fond vésical sort une certaine quantité de liquide muco-purulent.

14 novembre. — Température, 37°5. Langue saburrale, mais moins sèche que la veille.

17 novembre. — La température est remontée à 39 degrés le soir des deux jours précédents, pour retomber le matin.

25 novembre. — Le malade est apyrétique, mais sa plaie abdominale a un aspect grisâtre dipthéroïde. L'urine est très fétide.

28 novembre. — La plaie continue à présenter les mêmes caractères. Le malade se plaint d'un point de côté à droite. Légère hémoptysie pendant la nuit.

29 novembre. — Le malade s'épuise peu à peu. La plaie conserve son aspect grisâtre, les bords sont sphacelés. L'état général est mauvais.

15 décembre. — Le malade quitte l'hôpital et meurt environ huit jours après.

OBSERVATION XLVII

Cystostomie sus-pubienne pour empoisonnement urinaire chronique d'origine prostatique

M. M..., soixante-deux ans, est atteint depuis plusieurs années de troubles de la miction. Il se levait plusieurs fois la nuit pour uriner. Depuis quatre ou cinq ans, il perdait de temps en temps les urines sans s'en apercevoir, et dans la nuit portait un urinal pour ne pas mouiller ses draps.

Depuis longtemps, troubles gastriques, mais surtout depuis quelques mois. Anorexie, vomissements, soif intense. Amaigrissement progressif.

Les véritables accidents urinaires apparents remontent à quelques jours. Le malade ayant présenté des signes de distension de la paroi qui avaient fait croire à une tumeur, le cathétérisme fut pratiqué par M. le Dr Chabalier.

M. Poncet vit le malade le 23 décembre 1893.

La vessie remontait alors à cinq travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le cathétérisme donna issue à 1 litre environ d'urines sales, de couleur roussâtre, ammoniacales. On laissa intentionnellement une certaine quantité d'urines dans la vessie pour ne pas provoquer d'accidents par évacuation trop rapide.

Le malade est très amaigri et présente l'habitus d'un urinaire cachectique.

24 décembre. — Cystostomie avec l'assistance du Dr Chabalier et de M. Lagoutte, interne des hôpitaux.

29 décembre. — Suites très simples. Pas de fièvre. Ablation des fils. Plaie en bonne voie. Langue meilleure. Anorexie moindre.

21 janvier 1894. — Mort.

M. Poncet a reçu de M. le Dr Chaballier les renseignements suivants : M. M... a recommencé à vomir, à perdre de plus en plus l'appétit, à se refroidir, et il s'est éteint peu à peu sans autres accidents.

OBSERVATION XLVIII

*Cystostomie pour rétention d'origine prostatique. --
Difficultés du cathétérisme et infection urinaire
au début.*

B. Louis, soixante-treize ans, bourg de Péage (Isère), entre à l'Hôtel-Dieu le 28 décembre 1893, pour une rétention aiguë d'origine prostatique.

Début des troubles urinaires, il y a un an environ (fréquence, gêne de la miction).

Dans les derniers temps, 10 à 12 mictions le jour, autant et plus la nuit, demandant chaque fois des efforts considérables.

26 décembre. — Accès de rétention complète à la suite d'un léger excès. Cathétérisme facile.

28 décembre. — Le médecin ne peut plus passer, provoque une hématurie et envoie le malade à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée, vessie distendue remontant à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, pas de fièvre. On passe facilement une sonde à bécuille. Les urines sont claires.

Le malade est ensuite sondé à plusieurs reprises, avec plus ou moins de difficultés. Plusieurs fois on le fait saigner. Il existe une fausse route, mais si on peut l'éviter, la sonde passe facilement.

30 décembre. — Mêmes difficultés pour le cathétérisme,

toujours pas de fièvre, mais aspect cachectique, teinte jaune des téguments, les urines sont louches.

Aussi, pratique-t-on la cystostomie. A noter, quelques difficultés résultant de l'épaisseur de la paroi. Le ventre est en besace, et il existe une hernie inguinale double.

31 décembre. — L'état local est excellent, mais le malade a beaucoup toussé, s'est agité pendant toute la nuit. Température, 39°,5.

1^{er} janvier. — Etat grave, température toujours élevée. On constate des signes de pneumonie, crachats rouillés, foyer de râles fins à la base gauche. Dans toute l'étendue de la poitrine, on entend du reste de gros râles humides.

3 janvier. — Amélioration, la température tombe.

9 janvier. — Le mala le quitte l'hôpital perdant toutes ses urines. L'état général est meilleur que les jours précédents, mais la dyspnée est toujours intense. Toux et crachats abondants, signes de catarrhe purulent généralisé.

Mort quelques jours après sa sortie.

OBSERVATION XLIX

Cystostomie pour rétention aiguë d'urine. — Cathétérisme difficile. — Fausses routes. — Urétrorragie.

G. Hippolyte, soixante-six ans, Montrigaud (Drôme). Début des troubles de la miction il y a un an environ (fréquence et gêne de la miction).

Le 2 janvier 1894, accès de rétention aiguë à la suite d'un léger excès de boisson.

Cathétérisme, fausses routes, urétrorragie, à la suite de laquelle le malade est envoyé à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, vessie remontant jusqu'à l'ombilic. Pas de fièvre ni de signe d'infection urinaire.

Le cathétérisme est très difficile, on pénètre dans une fausse route et on détermine de nouveau une urétrorragie.

La rétention persistant malgré les grands bains, les cataplasmes, on pratique la cystostomie (5 janvier).

Pas d'incident opératoire, il s'écoule 5 à 600 grammes d'urines claires.

9 janvier. — Rougeur des bords de la plaie, on enlève les fils. Etat général bon.

11 février. — Depuis une huitaine de jours, le malade commence à garder ses urines tout d'abord seulement une heure, puis deux. Aujourd'hui, il a pu rester dans son lit de minuit à 5 heures du matin sans se mouiller. Il ressent les besoins d'uriner et le jet est projeté avec une certaine force.

19 mars. — Le malade quitte l'hôpital, le méat hypogastrique est très petit, presque filiforme. Il garde complètement ses urines quand il est couché. Debout, il en perd une petite quantité.

Les fonctions tendent à se rétablir par les voies naturelles.

15 avril. — Nous recevons les renseignements suivants: Les fonctions sont complètement rétablies par la verge. L'urine ne passe plus par le méat hypogastrique qui tend à s'oblitérer. Pourtant, le malade craignant de voir cette soupape de sûreté se boucher, passe journellement des petites bougies dans le trajet fistuleux. Etat général excellent.

OBSERVATION L

Cystostomie chez un prostatique avec incontinence par regorgement sans infection urinaire.

B... (Antoine), soixante-huit ans, Bussièrès (Loire).

Entré à l'Hôtel-Dieu le 20 janvier 1894, avec de l'incontinence par regorgement, d'origine prostatique.

Les troubles urinaires remontent à deux ans. Depuis le mois de novembre dernier, la rétention est complète, jamais le cathétérisme n'a été pratiqué.

La vessie remonte jusqu'à l'ombilic, l'état général est bon, pas de fièvre, pas de troubles gastriques marqués. Pourtant depuis longtemps cet homme ne se nourrit que de laitage, toute autre nourriture lui répugnant.

Cystostomie, suites très simples.

29 mars. — Le malade quitte l'hôpital. Le méat hypogastrique n'est pas entièrement constitué. Il existe autour de l'orifice une petite surface ulcérée bourgeonnant, de la largeur d'une pièce de 50 centimes. L'incontinence est absolue aussi bien la nuit que le jour.

Pendant les derniers jours de son séjour à l'hôpital, le malade a uriné un peu par la verge.

27 septembre 1894. — Actuellement, l'incontinence est encore complète, seulement la fistule tend à s'oblitérer de temps en temps.

OBSERVATION LI

Cystostomie pour rétention chez un prostatique avec infection chronique.

S. L..., cinquante-sept ans, demeurant à Rive-de-Gier. Troubles fonctionnels urinaires remontant déjà à plusieurs années. Depuis un an, aggravation progressive, mictions au nombre de vingt à trente dans les vingt-quatre heures.

Pour la première fois, le 1^{er} février 1894, le malade ne peut plus uriner. Le médecin appelé pratique facilement le cathétérisme, mais au bout de huit jours, production d'une fausse route avec urétrorragie. Le malade est alors envoyé

à l'Hôtel-Dieu. A son entrée, rétention complète, cathétérisme facile avec une sonde molle, urines troubles, purulentes, d'odeur ammoniacale, température 38°8 le soir. Le malade a du reste eu des frissons les jours précédents. Quelques troubles digestifs, langue un peu sèche, plusieurs vomissements. Aspect cachectique. Au toucher rectal, on sent une prostate d'un volume considérable.

9 février. — Cystostomie, vessie épaisse à colonnes. Il s'écoule des urines troubles et même du pus accumulé dans le bas-fond. On suture la muqueuse vésicale à la peau sans prendre les muscles. On tâche de séparer la musculuse de la muqueuse, de façon à ne suturer que cette dernière.

Pendant les jours suivants, les bords de la plaie se sphacèlent, l'urine qui s'écoule a une odeur infecte.

Peu à peu, amélioration progressive de l'état général et local.

20 avril. — Le malade quitte l'hôpital en bien meilleur état, le méat est constitué, mais l'incontinence est complète.

Septembre 1894. — L'état est resté le même, le malade perd toujours ses urines.

OBSERVATION LII

Ancien prostatique se sondant depuis longtemps. — Cystostomie pour difficultés du cathétérisme. — Urétrorragie.

D... (Laurent), soixante-sept ans, cultivateur à Culoz (Ain), entre à l'Hôtel-Dieu, le 6 mars 1894, pour rétention complète.

Le début des troubles urinaires remonte à sept ans au moins. A ce moment, le malade eut un accès de rétention

aiguë. Depuis cette époque, il fit un usage constant du cathétérisme, il se sondait d'une façon discontinue, tantôt tous les deux jours, tantôt tous les jours.

Il y a huit jours, rétention complète, impossibilité de passer la sonde. Le médecin appelé y parvient, mais en provoquant une hémorragie abondante.

Les jours suivants, cathétérisme deux fois par jour.

A son arrivée, rétention depuis huit heures, cathétérisme facile avec une sonde à bécuille, urines un peu troubles.

Etat général bon, pas de fièvre, pas de troubles gastriques.

7 mars. — La sonde passe avec la plus grande difficulté. On provoque une abondante urétrorragie pendant les tentatives. Cystostomie.

Suites très simples.

A sa sortie, un mois et demi après, le malade a un urètre hypogastrique long de 2 centimètres. Il ne garde pas ses urines, incontinence absolue.

Application d'un appareil construit par Lafay, avec urinal et sonde pénétrant dans l'orifice.

Octobre 1894. — M. Poncet a revu le malade à Culoz. Le méat est devenu continent, pas une goutte d'urine ne passe par l'urètre. La santé est excellente, le malade exerce son métier de cultivateur.

OBSERVATION LIII

Cystostomie pour accidents d'origine prostatique. Rétention complète. Incontinence par regorgement. Empoisonnement urinaire grave.

J. R..., septante-six ans, cordonnier, demeurant à Tigneux (Isère), entre à la salle Saint-Martin, n° 13, avec une rétention complète d'urine et de l'incontinence par regorgement.

Les troubles de la miction remontent à deux ans. D'abord mictions fréquentes et laborieuses, puis rétention incomplète. Jamais le cathétérisme n'a été pratiqué avant la semaine précédente.

Depuis un an incontinence par regorgement. Il y a huit jours rétention aiguë, qui cède au cathétérisme pratiqué assez facilement par un médecin.

A l'entrée, vessie remontant jusqu'à l'ombilic. La sonde passe avec quelques difficultés en donnant lieu à une légère hématurie.

Etat général grave. Malade affaibli, cachectique. Facies coloré, langue sèche, rôtie. Léger frisson. Pourtant la température n'est que de 37°8.

8 mars. — Cystostomie pratiquée par M. Lagoutte. Issue d'urines sales et fétides.

9 mars. — Etat analogue. Température 37°8. Langue toujours sèche.

Pendant les jours suivants l'état ne s'améliore pas, les forces baissent peu à peu et le malade s'éteint le 3 avril.

Pendant sa survie l'urine coulait spontanément par la plaie.

Autopsie. — Prostate du volume d'une mandarine. La vessie est ratatinée, remplie par une bouillie formée d'urine, de pus et de débris phosphatiques. La muqueuse est congestionnée, rouge violacé, fortement épaissie formant de nombreux plis fongueux exulcérés, recouverts de concrétions phosphatiques.

La muqueuse se continue directement avec le méat abdominal. L'orifice est comparable à l'anus. Le méat cutané est mal constitué, le sphacèle ayant érodé les téguments tout autour.

Les uretères, le bassinet et les calices qui ont conservé à peu près leurs dimensions normales sont remplis de pus.

Les reins petits ne semblent pas malades à l'examen macroscopique.

OBSERVATION LIV

(Publiée par le Dr Curtillet, *Gaz. des hôp.*, 14 juillet 1894)

Cystostomie chez un prostatique avec rétention complète sans fièvre.

Benoit B..., soixante-neuf ans, demeurant à Machizal (Loire).

Début des troubles urinaires il y a six mois. Depuis longtemps le malade ne vidait plus complètement sa vessie.

Il y a huit jours rétention complète. Essais infructueux de cathétérisme par un médecin, légère urétrorragie. Pas de frisson.

A son entrée à l'hôpital, 28 avril 1894, la vessie remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cathétérisme assez difficile avec une sonde à béquille. On retire 1500 grammes d'urine claire et sans odeur. Pas de fièvre. Etat général assez bon.

29 avril. — Nouveau cathétérisme qui vide complètement la vessie.

30 avril. — Vessie volumineuse. Le cathétérisme ne pouvant être fait, M. Curtillet, chef de clinique, pratique la cystostomie.

Urines claires et sans odeur.

On décolle au pourtour de l'incision vésicale la tunique musculaire, on la refoule en arrière au moyen des ongles ou des ciseaux mousses. La muqueuse seule est retenue à la peau. Les plans musculaires ne sont pas pris dans la suture.

6 mai. — La plaie a conservé l'aspect qu'elle avait avant

l'opération. La réunion de la muqueuse et de la peau est parfaite. On enlève les fils. Ecoulement continu des urines. Etat général excellent.

12 mai. — Le malade quitte l'hôpital perdant encore toutes les urines.

Octobre 1894. — M. le Dr Hanotte veut bien nous envoyer des nouvelles de l'opéré. L'état général est excellent. Le méat réduit à un petit pertuis très fin est continent. Le malade ne se plaint que de la longueur du temps nécessaire pour vider sa vessie (trente ou quarante minutes). Le cours des urines ne s'est pas rétabli par l'urètre.

OBSERVATION LV (due à l'obligeance de M. le Dr Hartman).

Prostatique. — Fièvre urineuse. — Grandes difficultés du cathétérisme. — Cystostomie. — Résultats après quatorze mois.

M. M., soixante-cinq ans, prostatique, souffrait depuis des années d'accidents vésicaux et vidait incomplètement sa vessie. A diverses reprises, il avait été pris d'accidents plus aigus, qui avaient toujours cédé à une thérapeutique médicale simple, mais dans ces derniers temps, son état s'était aggravé, les mictions étaient plus pénibles et plus fréquentes, finalement, il avait été pris le 13 septembre 1891 de rétention à peu près complète. Lorsque nous le vîmes le soir, il avait uriné, allait mieux, et comme à diverses reprises des accidents de même ordre s'étaient amendés spontanément, le cathétérisme ne fut pas pratiqué, d'autant plus que sa perspective était mal vue par le malade.

Le 25 septembre, nous étions appelé près de lui, la réten-

tion avait reparu, le malade souffrait beaucoup, était amaigri, pâle et fatigué par l'insomnie.

La bouche était sèche, la vessie remontait au-dessus de l'ombilic. Nous dûmes alors pratiquer le cathétérisme et nous ne pûmes passer qu'avec une sonde bicoudée et encore en recourant à la petite manœuvre qui consiste à pousser la béquille contre l'obstacle pendant qu'on retire le mandrin.

Le soir, mêmes difficultés, nous laissons la sonde à demeure.

Les jours suivants se passent sans fièvre, la sonde est débouchée toutes les deux heures, le malade est très soulagé. Le seul point à noter consiste dans une hématurie qui dure quarante-huit heures.

Le 29 septembre, à la suite d'une consultation avec MM. Merklen et Tuffier, l'ablation de la sonde est décidée, le malade est repris de rétention complète. Nous le sondons trois heures après sans trop de difficulté et nous laissons la sonde à demeure.

Le 3 et le 6 octobre, nous changeons la sonde.

Le 9, le cathétérisme étant devenu des plus faciles, nous engageons le malade à se sonder lui-même le jour, et ne laissons la sonde à demeure que la nuit.

Les jours suivants, la sonde à demeure est définitivement supprimée.

Pendant tous ces cathétérismes, le canal a été souvent excorié, comme le prouvaient les légers saignements, mais jamais il n'y avait eu de fièvre. Lorsque le 11 octobre à 10 heures du soir, onze heures après une miction spontanée, le malade est pris d'un grand accès avec frissons, chaleur, sueurs 40°,5.

Le lendemain 12 octobre, la température le matin de 37 degrés, remonte le soir à 38 degrés, pour retomber à la normale les jours suivants.

Le 21 octobre, à la suite d'une consultation à laquelle prennent part MM. Guyon, Pinard et Merklen, il est décidé que le malade continuera à faire usage de la sonde.

Le 18 novembre, le malade ayant à diverses reprises uriné quelques gouttes seul et n'ayant pas eu de fièvre à la suite de ces mictions, nous l'autorisons à laisser la sonde de côté. La journée se passe très bien, le malade urine sans difficulté, mais dans la nuit qui suit, il est pris de nouveau d'un grand accès urinaire.

Le cathétérisme est alors repris, et au bout de quelques jours, le malade est remis de la fatigue et des troubles gastriques déterminés par l'accès.

Le 20 novembre, le malade urine une fois sans sonde, et est pris le soir d'un accès avorté (petit frisson, chaleur, pas de sueurs, 38°,9).

Depuis cette époque, le malade s'est constamment sondé lui-même, le plus souvent avec une sonde rouge, quelquefois avec une sonde bécuille. A diverses reprises, il a été dans l'impossibilité de le faire et a dû recourir à nous. Tout se passait cependant assez bien, à part de temps à autre quelques petites poussées de cystite, lorsque le 30 mars 1893, il ne put parvenir à se sonder. Nous ne pûmes passer qu'avec certaines difficultés, recourant à la sonde bicoudée en utilisant la manœuvre qui consiste à retirer brusquement le mandrin intérieur pendant que le bec de la sonde appuie contre l'obstacle.

En présence de ces difficultés du cathétérisme, nous laissons la sonde à demeure.

Comme le cathétérisme reste aussi difficile et que l'on ne peut passer qu'en suivant les mêmes manœuvres, nous avons le 11 avril une consultation avec le professeur Guyon, qui conseille de continuer la sonde à demeure, bien supportée du reste. Le 25 avril et le 5 mai, nouvelles consultations,

mêmes impossibilités de cathétérisme autrement que par des manœuvres compliquées. On discute l'idée de la cystostomie.

Le 18 mai, M. Guyon, au moment de l'ablation de la sonde à demeure, passe facilement avec une sonde anglaise à grande courbure. La cystostomie que l'on avait agitée, est alors rejetée à moins d'accidents imprévus, la possibilité du cathétérisme semblant établie de nouveau.

Deux heures après la consultation, le malade est pris d'un vif besoin d'uriner, ne peut le satisfaire et n'arrive pas à se sonder. Nous sommes obligé de recourir pour passer aux mêmes manœuvres qu'antérieurement. Le soir, le malade a un grand accès urineux qui le jette très bas, affaibli déjà par ses deux mois d'alitement. Aussi la cystostomie est-elle décidée, et il est convenu qu'elle sera pratiquée dès que le malade sera un peu remis de son accès. Cette manière de voir est confirmée par le professeur Poncet (de Lyon) que le malade consulte le 22 mai.

Le 28 mai 1893, nous pratiquons la cystostomie en présence de notre ami, le Dr Merklen. M. le Dr Bourbon donne le chloroforme qui est bien supporté. Nous sommes aidé par MM. Poupinel et du Bouchet. Après incision médiane commençant devant le pubis et remontant de 8 centimètres environ, nous mettons à nu la vessie dans laquelle nous avons injecté une petite quantité d'acide borique. Suivant la pratique conseillée par M. Poncet, nous faisons l'incision de la vessie bas, mais nous n'ouvrons rien et il ne vient que quelques gouttes de sang. Nous avons oublié le volume énorme de la prostate qui égalait celui d'un fibrome utérin. Une soie ferme la petite incision faite à la prostate et nous ouvrons la vessie un peu plus haut, puis nous procédons exactement comme pour une gastrostomie. Nous fixons par quelques points de suture les tuniques externes de la vessie aux

lèvres de l'incision musculo-aponévrotique de la paroi, puis attirant la muqueuse à travers la petite incision faite, nous la suturons à la peau par des fils de soie à points séparés. Le reste de la plaie est suturé à deux étages, paroi musculo-aponévrotique à la soie, peau au crin.

Une sonde est laissée à demeure pendant huit jours; au bout de ce temps, nous enlevons les sutures et la sonde. L'urine sort constamment au dehors; mais dès le quinzième jour le malade commence à garder son urine. Lorsqu'il se lève le vingt et unième, il constate que pendant la station debout il perd la totalité de ses urines, mais que couché il en garde la plus grande partie.

Nous faisons alors construire par M. Collin un urinal constitué par une petite boîte prenant point d'appui sur le pubis, recouvrant la fistule et maintenue en place par un ressort disposé comme celui des pelotes destinées à contenir les hernies ombilicales. Un tube permet de collecter les urines dans un réservoir de caoutchouc placé le long de la face interne de la cuisse.

Chaque soir, le malade se sonde par le nouveau canal et fait un lavage de la vessie à l'acide borique. Le jour, il porte son appareil; la nuit, il se contente de protéger la fistule qui ne donne rien, avec une feuille d'ouate hydrophile et une ceinture de flanelle. Chaque fois qu'il ressent le besoin d'uriner, il se lève et vide volontairement la vessie par la fistule. Le besoin ne présente rien de particulier et est absolument identique à celui qu'il éprouvait autrefois lorsqu'il urinait par l'ancien canal.

A diverses reprises, le malade a eu de petites poussées de cystite se traduisant par un léger trouble des urines, des envies plus fréquentes d'uriner la nuit et une légère douleur au niveau du méat artificiel, lorsque l'envie d'uriner survenait; ces petits accidents ont toujours cédé immédiatement à

une instillation de nitrate d'argent à 1/100, précédée de la pose à demeure d'une petite laminaire, identique à celles qui servent à la dilatation utérine. La première fois que nous avons eu recours à cette dilatation du trajet par une laminaire, c'était dans le but de déterminer une incontinence temporaire au cas où le nitrate aurait été mal supporté. Notre attente fut déçue ; il n'y eut pas d'incontinence après la dilatation de la luminaire, mais comme le nitrate d'argent fut bien supporté, tout alla pour le mieux.

Le passage de la sonde destinée à laver la vessie fut notablement facilité (il devenait un peu plus pénible dix mois après l'intervention). Aussi avons-nous conseillé au malade depuis cette époque (mars 1894) de placer pendant deux heures en se couchant une petite laminaire dans le trajet quand il trouverait le passage de la sonde un peu plus difficile.

Le 18 juillet 1894, quatorze mois après la cystostomie, le malade va très bien, et, depuis un an, a repris complètement ses occupations antérieures. Sa santé générale est parfaite, il n'a pas eu le moindre accès urineux depuis son opération. La nuit il garde parfaitement ses urines, le jour il ne sait au juste comment l'urine passe, ayant constamment un appareil devant sa fistule. A de rares intervalles, il a eu des envies d'uriner qu'il n'a pu satisfaire, mais qui ont cédé immédiatement à un cathétérisme fait par la fistule.

La prostate est toujours énorme et le cathétérisme par l'urètre est impossible.

La cicatrice longue de 8 centimètres commence au niveau du pubis. Elle est régulière, sans éventration. Sur sa partie moyenne on voit un tubercule rose, à peu près circulaire, du diamètre d'une pièce de 20 centimes, saillant comme une pastille par rapport à la peau environnante. Sa surface est un peu inégale, cicatricielle rosée. Il faut un peu d'attention

pour y apercevoir un peu au-dessus de sa partie moyenne, une fente en V à sommet dirigé à gauche, fente dont les bords sont au contact lorsqu'on ne cherche pas à étaler les parties. C'est le nouveau méat. Celui-ci admet un explorateur à boule n° 13 qui détermine au passage une légère douleur lorsqu'il franchit le point serré du canal et pénètre dans la vessie. Celle-ci a, depuis le méat abdominal jusqu'au fond une longueur de 10 centimètres. Ce fond est un peu sensible à la pression de l'explorateur. En ramenant la boule, on constate que depuis le point où son talon est arrêté jusqu'à l'extérieur il y a près de 2 centimètres qui représentent la longueur du néo-canal.

OBSERVATION LVI (due à l'obligeance de M. le Dr Hartmann).

Prostatique. Rétention complète d'urine. Fausses routes prostatiques. Ponction vésicale, puis cystostomie suivie de cathétérisme rétrograde. Guérison avec retour des fonctions.

L. R..., âgé de soixante-quatorze ans, entre le 9 février 1893, à l'hôpital Bichat, dans le service de notre maître, le professeur Terrier que nous avons alors l'honneur de suppléer. Depuis quatre à cinq ans ce malade est, tous les quatre à six mois pris d'attaques de rétention qui cèdent à un ou deux cathétérismes.

Il y a six semaines il a encore été pris de rétention et a pu facilement être sondé.

Le 8 février, à 9 heures du soir, il a uriné normalement, mais depuis ce moment il n'a pu émettre une seule goutte d'urine. Plusieurs tentatives de cathétérisme ont été faites en ville. La vessie est distendue et remonte jusqu'à l'ombilic.

M. Guillemain, interne du service, après quelques essais infructueux pour passer une sonde, retire par ponction hypogastrique 1200 grammes d'urine.

Le 10 février nous voyons le malade, c'est un type de prostatique, à peau flasque et sèche, à pouls irrégulier, présentant des signes d'athérome cardiaque et artériel. La rétention continue, complète.

Nous faisons quelques tentatives de cathétérisme, mais aucune manœuvre ne nous permettant de passer, nous nous décidons à intervenir opératoirement.

Faisant placer le malade dans la position dorso-sacrée et plaçant dans la partie antérieure de l'urètre un cathéter de Syme, nous incisons le canal au niveau de la région membraneuse d'un coup de bistouri; mais nous cherchons en vain à pénétrer dans la vessie par la boutonnière urétrale. La prostate est molle, percée de trous multiples.

Remettant le malade dans le décubitus dorsal, nous faisons l'incision hypogastrique de la vessie. Attirant avec des pinces de Kocher les lèvres de l'incision vésicale, nous constatons que la prostate est irrégulière sans lobe saillant. Introduisant par la vessie une bougie n° 15 dans l'urètre, nous la faisons ressortir par le méat et nous en servons pour ramener une sonde à bout coupé n° 16. Nous fixons celle-ci avec un fil qui, ressortant par la plaie hypogastrique, est enroulé autour d'un bout de sonde placé transversalement. Réunion à la soie de la plaie vésicale excepté sa partie la plus inférieure par où passe le fil. Trois points en capiton assurent cette suture. Suture à la soie des plans musculo-aponévrotiques, de la peau au crin.

Le 15 février nous enlevons la sonde. L'urine coule par l'hypogastre. Mais la plaie se ferme d'elle-même progressivement, le malade rendant de plus en plus d'urine spontanément par l'urètre.

Le 12 mars il quitte l'hôpital urinant normalement par l'urètre.

OBSERVATION LVII (due à l'obligeance de M. le D^r Tussau).

Cystostomie pour rétention à la suite d'hématocèle vésicale. — Oblitération du méat hypogastrique.

M. B..., soixante-sept ans. Excellente santé antérieure, pas de troubles urinaires, tout au plus, depuis quelque temps envies plus fréquentes d'uriner.

Le 28 avril 1892, après un dîner un peu plus copieux que d'habitude, il est pris en chemin de fer d'une vive douleur dans le bas-ventre. Avant de monter en wagon, il avait uriné. Arrivé, après un trajet d'une heure, il peut à peine marcher et tente inutilement de vider sa vessie.

M. le D^r Tussau appelé constate une vessie dure, tendue. Il introduit facilement une sonde en gomme, mais il ne s'écoule que quelques gouttes d'urine mêlées à du sang, puis des filets et des grumeaux sanguins. M. Tussau pense à une hémorragie abondante.

Le lendemain matin de bonne heure, il passe une sonde à double courant et essaye, mais en vain, d'évacuer la vessie. Celle-ci s'élève à deux doigts au-dessus de l'ombilic, les douleurs sont intenses. Les injections ne pénètrent pas, quelques gouttes seulement vont et reviennent par le même côté.

En présence de cet état grave, M. Tussau pratique la cystostomie. La vessie est débarrassée des caillots qui la remplissent, soulagement immédiat. Suites simples à part un peu de cystite et de température vite disparues du reste à la suite de l'administration de quinine et de lavages vésicaux.

Au bout d'un mois, l'orifice vésical était constitué.

Mais à plusieurs reprises, le malade pissa des filets de sang. M. Tussau craignant une récurrence hémorragique entretint la perméabilité de l'urètre hypogastrique, bien que les fonctions tendissent à se rétablir par l'urètre. Le malade pouvait retenir son urine deux ou trois heures.

Puis, sur les conseils de M. le professeur Poncet, M. Tussau laisse l'orifice se refermer.

Depuis, l'état fonctionnel de la vessie est des plus satisfaisants. Quant au méat, il présente l'aspect infundibuliforme d'un petit ombilic. Il est resté parfaitement clos.

L'état général est parfait (mai 1894).

OBSERVATION LVIII

(Rollet, *Arch. prov. de chirurgie*, novembre 1893.)

Empoisonnement urinaire. — Guérison. — Continence partielle de l'urètre contre nature.

B... (Denis), quatre-vingts ans, entré le 30 août 1892 à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 28, service de M. Gangolphe, suppléé par M. Rollet.

Pas d'antécédents personnels ; pas d'alcoolisme ; artères un peu scléreuses. Ce malade présente des troubles de la miction depuis six ans. Ils sont plus intenses la nuit que le jour. Une rétention d'urine s'est déclarée brusquement ; la veille, les mictions étaient très fréquentes. Dans la soirée, de vives douleurs ont apparues ; le malade est atteint de rétention complète. On pratique un cathétérisme évacuateur à son entrée à l'hôpital. Grosse prostate.

31 août. — Le malade est sondé à nouveau. On prescrit

des bains, cataplasmes, lavements, des opiacés. Les jours suivants des phénomènes de cystite se produisent. Les urines sont troubles et un peu laiteuses. Peu de douleurs, pas d'albumine.

22 septembre. — Température 38°8. Phénomènes de cystite très marqués, malgré la sonde à demeure et les lavages antiseptiques. Troubles digestifs, mauvais état général.

23 septembre. — Toujours des phénomènes généraux graves, 40 degrés. Urines troubles et purulentes.

24 septembre. — Même état. M. Rollet pratique la cystostomie sus-pubienne. La vessie est assez volumineuse et se laisse facilement amener à la paroi. Six points de suture muquo-cutanée. On place une sonde de Pezzer dans le canal de l'urètre ; drainage de la plaie hypogastrique. Irrigations abondantes. L'anesthésie a été faite à l'éther ; il n'y a pas eu trace d'hémorragie.

25 septembre. — Le malade se sent amélioré ; il a bien reposé. Irrigation vésicale par la sonde et le drain.

26 septembre. — Température s. 38°1. Le malade va bien.

11 octobre. — Le drain hypogastrique a été remplacé ; on a laissé la sonde de Pezzer. L'état général est excellent ; les urines sont normales.

15 octobre. — On enlève la sonde urétrale ; on continue les irrigations vésicales.

1^{er} novembre. — Le malade mange et se promène ; il a, toutes les heures environ, envie d'uriner comme avant l'opération ; il localise sa sensation dans le pénis ; aussitôt après l'urine sort en bavant par la fistule.

4 novembre. — M. Gangolphe prend le service et nous remet la note suivante, le 15 octobre 1893 : « Au moment où je pris le service, cet homme présentait un état général excellent ; le séjour au lit et une sonde hypogastrique à demeure étaient la seule gêne dont il se plaignît. Je supprimai,

au bout de quelques jours, la sonde et le séjour au lit : le malade urina par son hypogastre d'une façon constante pendant plusieurs mois ; peu à peu il sortit un peu plus d'urine par l'urètre, la fistule s'obstrua progressivement, ne donnant lieu qu'à de rares jets d'urine deux ou trois fois dans la journée. Rapidement la fistule fut fermée ; mais alors la gêne de la miction reparut à peu près entièrement. Plusieurs tentatives de cathétérisme urétral à l'aide de sondes à béquille moyennes ou petites n'aboutirent pas. En présence de ces difficultés, je me décidai à ouvrir à nouveau la fistule hypogastrique.

« On anesthésie à l'éther le malade et je fais une incision hypogastrique (15 juin 1893). L'ouverture faite est juste suffisante pour admettre une grosse sonde, n° 21.

« Je voulais, en effet, faire porter à ce malade la canule hypogastrique que j'ai présentée. Malgré diverses modifications, cet appareil n'est pas supporté ; le sujet est obèse, le volume du ventre, les plis qui existent au niveau de l'hypogastre gênent le maintien de l'appareil. D'autre part de petites éruptions furoncleuses survenant de temps à autre autour de la fistule sont la source de quelques douleurs. Bref, je décidai de renoncer au port de tout appareil et de maintenir la fistule hypogastrique en le cathétérisant chaque jour, puisque le canal urétral ne pouvait décidément pas reprendre ses fonctions. Malheureusement cette solution, fort simple pour un sujet plus adroit et surtout moins obèse, oblige ce malade à rester dans le service. Chaque jour on cathétérise et dilate la fistule. Grâce à ce moyen, le sujet peut uriner volontairement par l'hypogastre et un peu par le canal d'une manière suffisante pour se débarrasser. Il mouillerait sa chemise, s'il n'avait soin de maintenir un tampon sur l'orifice et de se déculotter pour uriner ou de s'essuyer après la miction. Au total, pour ce malade la cystostomie sus-pubienne

a donné un très bon résultat et je ne vois guère ce que l'on pourrait faire de mieux. »

OBSERVATION LIX.

(Rollet, *Arch. prov. de chirurgie*, novembre 1893.)

Protastique avec irritabilité vésicale.

Oblitération du méat.

G... Jean-Claude, âgé de cinquante-huit ans, forgeron, entré le 11 octobre 1892, à l'Hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Pothin, n° 23, service de M. Gangolphe, suppléé par M. Rollet.

Pas d'artério-sclérose ; pas d'écoulement urétral ; cicatrices de chancres simples ; il a toujours été bien portant. Depuis cinq ans, le malade a des mictions plus fréquentes, surtout la nuit.

Le 9 octobre, le malade a été atteint de rétention aiguë en revenant d'une promenade. Il a essayé d'uriner ; il n'a pu émettre que quelques gouttes d'urine et il reste dans cet état jusqu'à son arrivée à l'hôpital.

11 octobre. — Prostate grosse, cathétérisme évacuateur facile avec une sonde de Nélaton, n° 16.

12 octobre. — L'état de rétention continue ; on a prescrit : bains de siège, lavements, diurétiques. Les jours suivants, le malade se plaint de douleurs, les urines sont troubles, 38 degrés. Le malade ne peut dormir. Cathétérisme douloureux.

24 octobre. — Insomnie toujours complète ; douleurs vives, mictions incessantes ; le malade réclame une opération pour lui rendre le sommeil et la tranquillité. Urines très chargées, cystique marquée. Température, 40 degrés malgré les sondages antiseptiques.

25 octobre. — On éthérise le malade et M. Rollet pratique la cystostomie sus-pubienne. La vessie est petite et difficile à atteindre ; elle est cachée derrière le pubis ; on ne peut l'amener à la peau, et on la suture aux muscles ; sonde de Pezzer dans l'urètre ; drain dans la plaie hypogastrique. Le soir : 39°,5.

26 octobre. — Lavage vésical, bon état général.

28 octobre. — 37°,8 ; 38°,2. Le malade est très satisfait du résultat ; il ne souffre plus de la vessie et dort bien.

30 octobre. — 37°,2.

4 novembre. — M. Gangolphe prend le service et me remet la note suivante (15 octobre 1893) : « Ce malade était dans une situation de santé excellente comme le précédent. Je supprime la sonde à demeure hypogastrique. Progressivement la fistule s'oblitére un peu ; je fis alors porter l'appareil que j'ai présenté au Congrès de Chirurgie et à la Société de médecine (1893). Il a pu alors faire 20 kilomètres à pied sans souffrir et sans se souiller et cela dès la première semaine. Bref, il a repris son travail de forgeron. Revu à diverses reprises, il a toujours manifesté la plus grande satisfaction d'être ainsi débarrassé de toute gêne dans la miction. Je crois que dans ces derniers temps il a dû ne mettre son appareil que d'une façon intermittente, la miction s'étant presque complètement rétablie par l'urètre. Ce malade, plus jeune que le précédent, moins obèse, plus intelligent, faisait lui-même chaque jour des lavages vésicaux. Je suis persuadé qu'il arrivera ainsi à maintenir l'excellent résultat que lui a procuré la cystostomie. »

Depuis, l'oblitération de la fistule est complète.

OBSERVATION LX.

(Rollet, *Arch. prov. de chirurgie*, novembre 1893.)

Prostatique avec infection chronique.

Cystite douloureuse. — Oblitération du méat.

M..., Michel, âgé de soixante-dix-neuf ans, entré le 3 août 1893, à l'hôpital de l'Antiquaille, salle Saint-Alexandre, n° 7, Service de M. le professeur Gailleton, suppléé par M. Rollet.

Pas d'antécédents héréditaires; un frère encore vivant, âgé de quatre-vingt cinq ans. Le malade a eu jadis une fluxion de poitrine et quelques maux de rein sans importance; dans sa jeunesse, une blennorrhagie de courte durée.

Depuis plusieurs années, le malade était obligé de se lever la nuit pour uriner. Il y a un an, à la suite d'un excès, rétention d'urine complète ayant nécessité un cathétérisme, à la suite duquel la miction s'est rétablie normale.

Vers le 28 août, même accident à la suite de la même cause. Cette fois, après deux ou trois cathétérismes n'ayant amené qu'un peu de sang, un médecin ponctionne le malade et dans les jours suivants est encore obligé de renouveler la ponction chaque fois, après des essais inutiles de cathétérisme.

Le malade entre le 21 août à Saint-Alexandre. Un essai de cathétérisme avec une sonde molle de Nélaton, n° 13, permet d'arriver à la vessie. Mais les jours suivants on ne peut plus passer même avec une sonde en gomme à béquille. Au toucher rectal, on trouve une prostate très volumineuse, dure, tandis qu'au palper abdominal on sent assez nettement le globe de la vessie.

Peu à peu les mictions sont devenues de plus en plus fréquentes et surtout très douloureuses. Les urines contenaient du pus. Le malade présente depuis le mois de septembre un état fébrile constant, quoique peu marqué. La température se maintient entre 38 degrés et 38°,5.

Le malade se plaint de souffrir beaucoup ; il urine maintenant toutes les cinq minutes et demande qu'on le débarrasse par une opération. Sa langue est très chargée, noirâtre ; le pouls est irrégulier avec des intermittences assez fréquentes, œdème très marqué des deux jambes, perte complète de l'appétit.

Opération. — Le 7 octobre, M. Rollet pratique la cystostomie sus-pubienne. On trouve de la péricystite. La vessie remonte jusqu'à l'ombilic. A l'incision de cet organe, il s'écoule beaucoup d'urines troubles et du bas-fond on fait sortir avec le doigt une quantité assez considérable de pus épais et grumeux. Lavage à l'eau boricuée.

Le doigt introduit dans la vessie arrive sur la base de la prostate qu'on trouve très développée en faisant une forte saillie dans la vessie.

Pour les sutures, la péricystite a empêché de suturer les parois de la vessie à la peau. On fait alors deux plans de suture : la vessie est réunie aux muscles de la paroi et ceux-ci à la peau. Drainage de la plaie. Pansement.

Le soir, le malade est très abattu, son pouls très intermittent. Caféine ; 1 gramme ; potion de Todd. Ce malade a déjà pissé par l'ouverture hypogastrique 2 litres ; il y a peu de sang et de pus. Lavage à l'eau boricuée ; 5 litres environ. T., 37°, 1.

Le 8 octobre, état général très satisfaisant. Le malade ne souffre presque plus, sauf quand il urine encore quelques gouttes par la verge, malgré lui, T. 38 degrés, matin ; 38° 1, soir. Deux lavages dans la journée.

Le 18 octobre, le malade a déliré pendant la nuit. On fait le pansement ; la plaie va bien. Lavage au nitrate d'argent 1/1000. L'œdème des jambes a complètement disparu. Le pouls est bon ; les irrégularités et les intermitences ont disparu. Suppression de la caféine et du salol. La langue commence à se dépouiller.

11 octobre. — On enlève aujourd'hui le drain. On se contente de graisser les bords de la plaie avec de la vaseline sublimée.

12 octobre. — Le malade va bien ; il se lève et vient se faire panser dans la salle d'opération. La langue est bien dépouillée.

21 octobre. — Le malade est très satisfait, il reste levé pendant tout le jour. L'état général est excellent. Canal sus-pubien formé, mais incontinence d'uriné.

2 décembre. — Le malade place un petit tampon d'ouate sur le méat hypogastrique et garde ses urines pendant deux heures.

2 mars 1894. — Excellent état. Il y a deux mois, le malade retenait ses urines pendant quatre à cinq heures. Elles étaient projetées à plus de 50 centimètres de distance depuis quinze jours la continence n'est plus que de deux heures et les urines sortent en bavant.

Petit méat au milieu d'un bourrelet circonférentiel de la grosseur d'un petit pois.

2 avril. — Le méat se ferme, les urines passent entièrement par le canal. Excellent état.

Nous avons vu ce malade le 6 mai dernier, la santé est parfaite, les mictions se font normalement par la verge.

Il a présenté, au niveau du méat hypogastrique, une très petite fistule qui suinte légèrement.

OBSERVATION LXI

Due à l'obligeance de M. le D^r Orcel.

Cystostomie pour rétention et infection urinaire.

Guérison. — Urètre contre nature continent.

R... (François), soixante-sept ans, jardinier. Début des troubles urinaires au mois de mars 1893 (fréquence des mictions, diminution de force et de grosseur du jet, etc.).

Au mois de juillet, rétention qui se rétablit progressivement et devient à peu près complète. Le médecin appelé, pratique trois fois le cathétérisme et envoie le malade à l'hôpital de la Croix-Rousse.

A son entrée, 15 août, état général très mauvais, appétit disparu, langue sèche, déglutition difficile, vessie très distendue. Température 38°,5.

Le cathétérisme immédiat évacue 1 litre 1/2 d'urines troubles.

Les jours suivants même état.

21 août. — Rétention toujours complète, symptômes généraux graves. La température s'élève à 39°,6. La langue est rôtie, les urines de plus en plus troubles. Cystostomie.

Peu à peu la température s'abaisse pour revenir à la normale et ne plus la quitter vers le 30 août.

Le 25 septembre à sa sortie, le malade a un état général excellent. L'appétit est revenu, les symptômes de cachexie disparaissent progressivement. Il garde ses urines pendant une heure et demie à deux heures.

Au bout de deux mois et demi, le malade garde complètement ses urines. Il ne s'en écoule pourtant pas une goutte par la verge.

1^{er} septembre 1894. — Nous venons de revoir ce vieil-

lard, il jouit d'une santé parfaite et continue à exercer son métier de jardinier.

Depuis cinq à six mois, l'urine s'écoule en partie par la verge en partie par le méat abdominal. Mais la plus grande partie passe par la fistule. La continence est parfaite, jamais il ne s'écoule une goutte d'urine sans que le malade s'en aperçoive, même quand il soulève des fardeaux pesants. Au moment des besoins, l'urine est projetée à 1 mètre ou 1^m,1/2 et le jet est du volume d'une plume d'oie.

Jamais plus le malade n'a eu de fièvre, ni de frissons.

OBSERVATION LXII

(D^r Guillemot, publiée dans *Lyon Médical*,
12 novembre 1893.)

Cystostomie pour rétention urinaire d'origine prostatique, compliquée de fausses routes. — Cathétérisme impossible. — Mort au bout de trente-six jours.

Le malade, âgé de soixante-dix ans, avait déjà été sondé avec beaucoup de peine les jours précédents par le D^r Vidal (de Puy Guillaume). Depuis longtemps du reste, il vidait incomplètement sa vessie.

M. le D^r Guillemot essaie en vain de pénétrer dans la vessie avec une sonde molle, puis avec une sonde à bécuille. Il s'engage dans des fausses routes.

En présence de ces difficultés, il pratique la cystostomie (18 décembre 1892)

25 décembre. — Le malade va bien, n'a pas de fièvre. Le D^r Guillemot parvient à passer une sonde par l'urètre et la fixe à demeure.

Cette sonde n'est pas supportée. Au bout de six jours, le Dr Vidal est forcé de la retirer, et ne peut en introduire une autre, le malade s'y opposant du reste.

Trente-six jours après l'intervention, le malade mourait, ayant eu constamment de l'incontinence.

L'observation ne donne aucun détail sur les accidents qui ont déterminé la mort.

OBSERVATION LXIII

(Dr Guillemot, publiée dans *Lyon Médical*,
12 novembre 1893.)

Cystostomie pour rétention urinaire aiguë. — Méat hypogastrique continant.

R. L..., soixante-quatorze ans, instituteur à Limous, a éprouvé des difficultés pour uriner, depuis plusieurs années. Il n'a jamais été sondé.

Rétention aiguë le 8 août. Le Dr Vidal (de Puy Guillaume), ne peut pratiquer le cathétérisme et fait appeler M. le Dr Guillemot.

La vessie dépasse l'ombilic de plusieurs travers de doigt.

Ponction aspiratrice. On retire 1250 grammes d'urine.

Le 10 août 1893, après d'infructueux essais de cathétérisme, on pratique la cystostomie.

Suites très simples, fils enlevés le 10 et le 21 août. Les urines restent claires. Le onzième jour, le malade commence à se lever.

28 août. — La fistule se bouche par des caillots. On place une sonde dans l'orifice, l'hémorragie persiste et les urines sortent teintées de sang pendant huit jours. (En présence de

cet incident, M. le Dr Guillemot pense à un néoplasme malin de la prostate.)

Deux mois après (24 octobre 1893), le malade peut faire 4 kilomètres à pied pour se faire voir à son médecin.

L'état général est bon. La continence du méat abdominal est parfaite. Le malade garde ses urines quatre ou cinq heures. Pendant le jour il peut uriner, mais avec effort en s'appuyant sur un meuble avec les coudes ou les mains et le jet est projeté à distance. Pendant la nuit, la miction est même impossible de cette façon. Aussi le malade préfère-t-il l'usage de la sonde par le nouveau canal.

Le méat apparaît au fond d'une dépression cupiliforme sous l'aspect d'une fente en Y que circonscrit une sorte de sphincter fibro-élastique qui doit être forcé soit par l'urine soit par la sonde qui veut pénétrer dans la vessie.

A la date du 29 avril 1894, le Dr Guillemot nous envoie les nouvelles suivantes de son malade :

« Il n'éprouve du fait de son néoplasme que des difficultés de la défécation et les douleurs qu'il ressentait antérieurement. Une seule fois depuis le mois d'octobre, il a observé pendant deux jours du sang dans ses urines. Il travaille en plein air du matin au soir à cultiver son enclos potager de près d'un hectare et qui est fort bien tenu. Sa femme et lui évoquent les souvenirs classiques et reposants du ménage du vieux Philemon...

« Il urine en se servant de la sonde et l'ouverture abdominale tend toujours aussi énergiquement à s'oblitérer, en sorte qu'il doit le dilater de temps en temps avec un clou en ivoire. Il existe un trajet de 40 à 45 millimètres, mais rien qui ressemble à un sphincter du côté de la vessie. La fermeture est à l'ouverture abdominale et représentée par un anneau fibro-élastique. Le malade ne perd qu'exceptionnellement quelques gouttes d'urine alors qu'il travaille, le corps incliné en avant.

Il n'a pu apprendre à se sonder lui-même et sa femme lui rend cet office. Mais malgré son infirmité et son grand âge, le fait indéniable et qui éclate aux yeux c'est qu'il est heureux de vivre et que l'opération ne lui a pas seulement assuré une survie quelconque, mais la santé avec l'exercice des occupations compatibles avec son âge. »

TABLE

AVANT-PROPOS.	5
INTRODUCTION.. . . .	7
CHAPITRE PREMIER. — Des accidents graves de prostatisme pouvant légitimer la cystostomie sus-pubienne	15
CHAPITRE II. — Résultats généraux. Mortalité. Survie . .	23
CHAPITRE III. — Résultats fonctionnels. . . ,	32
CHAPITRE IV. — Manuel opératoire au point de vue de la continence de l'urètre contre nature.	50
CHAPITRE V. — Des divers appareils proposés pour remé- dier à l'incontinence.	57
CHAPITRE VI. — Discussion des indications d'après les résultats	65
CONCLUSIONS	69
OBSERVATIONS.	71

